FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1888

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 12 mai 1888, à 1 heure

Par Émile BARTHOMEUF

Né à Allanche (Cantal), le 28 décembre 1862.

Interne des asiles de la Seine
Ancien externe des hôpitaux
Médaille de bronze de l'assistance publique
Ancien interne des hôpitaux de Paris
Lauréat de la société médico-psychologique

CONSIDÉRATIONS SUR LES FOLIES INTERMITTENTES

Président : M. BALL, *Professeur.*

Juges : MM. { LABOULBÈNE, *professeur.* HANOT, BALLET, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DES ÉCOLES

HENRI JOUVE

23, rue Racine, 23

1888

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DAMASCHINO. DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale	GUYON. LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	DUPLAY.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveaux-nés	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	N.
Clinique médicale	G. SÉE. POTAIN. JACCOUD. PETER.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. VERNEUIL. TRELAT. LE FORT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	N.

Professeurs honoraires.

MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. GUEBHARD	MM. PEYROT	MM. REMY
BLANCHARD	HANOT	POIRIER, chef des travaux anatomiques	REYNIER
BOUILLY	HANRIOT		RIBEMONT-DESSAIGNES
BRISSAUD	HUTINEL		
BRUN	JALAGUIER	POUCHET	ROBIN (Albert)
BUDIN	JOFFROY	QUENU	SCHWARTZ
CAMPENON	KIRMISSON	QUINQUAUD	SEGOND
CHAUFFARD	LANDOUZY	RAYMOND	TROISIER
DEJÉRINE	MAYGRIER	RECLUS	VILLEJEAN

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE
ET DE MON GRAND PÈRE

(Pieux souvenir)

A MA MÈRE, ET A MON FRÈRE

(Recevez ce témoignage de ma reconnaissance)

A MES PARENTS

A MESSIEURS LES DOCTEURS CHARPENTIER
ET LEGRAS.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MESSIEURS LES DOCTEURS DAMASCHINO,
LE DENTU ET DUJARDIN-BEAUMETZ.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BALL

Professeur de clinique de maladies mentales
Membre de l'académie de mécecine
Médecin des hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

CONSIDÉRATIONS

SUR LES

FOLIES INTERMITTENTES

INTRODUCTION

Depuis que nous nous livrons plus spécialement aux études de pathologie mentale, une certaine catégorie d'aliénés, présentant depuis un grand nombre d'années, des accès intermittents séparés par des intervalles d'une lucidité parfois complète, attirait vivement notre attention.

Placé l'an dernier dans un service de Sainte-Anne, où nous a été fournie l'occasion d'en observer de remarquables exemples, nous en avons profité pour étudier avec soin cette question, qui, croyons-nous, n'a jamais été de la part des auteurs l'objet de nombreuses recherches, et nous avons pensé qu'une thèse sur ce sujet ne serait pas entièrement dépourvue d'intérêt.

Après avoir donné, dans un premier chapitre, des notions aussi étendues et aussi précises que possible sur l'intermittence, les éclairs de raison et les intervalles

lucides de la folie en général et de ses diverses variétés, nous étudions dans un deuxième chapitre les caractères plus spécialement relatifs aux formes d'aliénation mentale qui offrent le plus grand nombre d'exemples de ce type intermittent, c'est-à-dire la manie, la mélancolie et la mégalomanie.

Des observations relatant les détails et les dates se rapportant à chaque accès, et permettant ainsi de suivre la marche de la maladie depuis son début, feront suite à ces considérations.

Viennent après les observations, quelques recherches sur la nature, l'étiologie, la marche des folies intermittentes en général, le pronostic, le diagnostic, la terminaison, le traitement de chacune d'elles.

Nous consacrons à une étude médico-légale le troisième chapitre dans lequel nous essayons d'apprécier la valeur de l'intervalle lucide, au point de vue du droit civil aussi bien que de la jurisprudence criminelle.

Qu'il nous soit permis avant d'entrer en matières, de remercier avec un empressement bien légitime plusieurs maîtres éminents.

M. le docteur Dagonet, dont nous ne saurions assez dire la bonté et la générosité, a bien voulu nous guider pendant notre internat en nous prodiguant avec sollicitude ses leçons et ses conseils ; nous sommes heureux de lui adresser le respectueux hommage de notre vive reconnaissance.

Nous prions M. le docteur Garnier de vouloir bien agréer l'expression de notre profonde gratitude pour le bienveillant intérêt qu'il veut bien nous témoigner depuis

que nous avons l'honneur de travailler sous sa direction.

Nous remercions M. le docteur Bouchereau des précieux renseignements qu'il nous a communiqués et des observations qu'il nous a autorisé à publier ; que M. le professeur Ball, dont la bienveillance à notre égard a toujours été si grande, veuille bien aussi recevoir nos plus sincères remerciements pour tout l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

DE L'INTERMITTENCE ET DE L'INTERVALLE LUCIDE

Une maladie est dite intermittente, toutes les fois qu'elle existe en puissance, et que, tout en conservant une survivance virtuelle, elle présente des intervalles où elle ne se manifeste par aucun symptôme propre. Ce type intermittent, il n'est pas rare de le rencontrer avec ses caractères généraux dans plusieurs formes d'affections mentales, essentiellement constituées par des accès que séparent entre eux des périodes plus ou moins prolongées pendant lesquelles le malade, revenant à ses habitudes retrouve le calme et recouvre pour un certain temps la raison. C'est ce retour temporaire de la raison, cet éclaircissement passager de l'entendement, dont la durée peut-être plus ou moins longue, la régularité plus ou moins absolue que l'on est convenu d'appeler intervalle lucide; mais c'est seulement lorsque ce dernier survient, non dans le cours d'un accès, mais entre deux accès, qu'il constitue la véritable intermittence.

L'intermittence dans la folie est donc caractérisée par des accès entre chacun desquels se montre un intervalle lucide complet. Elle mérite à ce titre d'être différenciée de la rémittence, dont la signification est toute autre, et

avec laquelle il ne faut pas la confondre, les folies rémittentes n'étant en effet que des folies continues avec exacerbations et rémissions. Tandis que la rémission n'est qu'une atténuation, un amendement, une diminution du mal, l'intermission consiste dans un calme réel, une tranquillité complète, une suspension entière du délire et ne diffère de la raison que parce que cet état de lucicité est purement momentané. Pendant les rémissions, un examen attentif, révèle encore des troubles intellectuels, laisse entrevoir des lacunes dans la manière d'agir et de parler des malades qui ne conservent qu'une vague conscience de leurs accès et qui, se souvenant imparfaitement de leurs extravagances, de leurs divagations, refusent de les reconnaître; ils dissimulent parfois des idées délirantes. Leur manière d'être, leurs omissions, un ensemble en quelque sorte de faits négatifs, avec un léger abaissement intellectuel, ne permettent pas de conclure au parfait équilibre des facultés.

Le retour temporaire de la raison, d'une durée plus ou moins longue, parfois d'une extrême brièveté, comme dans le cours d'un accès, où il peut n'être que de quelques heures, constitue donc l'intervalle lucide. Mais si dans les folies intermittentes, il se maintient souvent plusieurs semaines ou plusieurs mois, il existe aussi des exemples d'intermittence à courts intervalles ainsi que nous en rapportons une observation ; de même l'intervalle lucide peut apparaître à des époques régulières ou non, l'intermittence est dite périodique dans le premier cas.

Plusieurs auteurs, et principalement M. Fabret ont

cherché à établir une distinction entre l'intervalle lucide qui sépare deux accès de l'intermittence proprement dite : ils n'admettent point la synonymie de ces deux expressions; tandis que l'intervalle lucide, disent-ils, est court et non périodique, l'intermittence est longue et périodique. M. Fabret considère l'intervalle lucide comme un genre, où rentreraient, à titre d'espèce, l'intermittence et la périodicité. Ce dernier caractère est, selon lui, indispensable pour former l'intermittence, qui, dans les cas où il fait défaut ne saurait être affirmée. Briand et Chaudé, Marc et Foderet, n'ont pas la même manière de voir ; pour eux, intervalle lucide et intermittence n'ont pas une signification différente et c'est d'un grand nombre de faits d'intermittences irrégulières, non périodiques, mais courtes, qu'ils tirent des arguments en faveur de leur opinion, ils ne reconnaissent pas que la brièveté et l'absence de périodicité soient des caractères sur lesquels, on puisse baser une distinction entre l'intervalle lucide et l'intermittence.

La question de savoir si, dans l'intervalle la lucidité est complète, a été, de la part des jurisconsultes et des cliniciens, l'objet de controverses multiples. Pour qu'il soit valable, disent les premiers, la raison ne doit pas être relative et confuse, mais évidente et entière. Le chancelier d'Aguesseau nous le définit en ces quelques mots : « une tranquillité profonde, un calme, un éclat continu, une parfaite sérénité. » Les cliniciens objectent qu'il est de nombreux faits de lucidité incomplète, et ils admettent une lucidité réelle et une lucidité apparente.

La folie à double forme étant une entité morbide spé-

ciale, caractérisée par l'existence régulière de deux périodes, une d'excitation, l'autre de dépression, ne peut pas être considérée comme une folie intermittente, et sa description n'est point à faire dans ce travail. Néanmoins, comme nous nous occupons de la question de l'intervalle lucide, il nous paraît utile d'examiner, si celui qui se produit dans cette variété d'aliénation mentale après l'accès complet ou qui sépare le stade maniaque du stade mélancolique, se montre avec des caractères aussi nets que dans les formes franchement intermittentes. Pour apprécier la valeur de cet intervalle, mais non pour apporter des éléments à l'histoire de la maladie que nous laissons sous silence nous relatons quelques observations de folie circulaire. La plupart des auteurs estiment en effet « que dans ce genre d'affection, les périodes de calme sont loin de réaliser le parfait équilibre des facultés, que le malade est loin de jouir d'une lucidité absolue, et que par conséquent il y a simplement rémittence et non point intermittence. Ce serait une période voilée de la maladie ; comme le fait remarquer M. le professeur Ball.

Voyons du reste à cet égard ce que nous enseigne ce savant maître : à la suite des deux stades, dit-il, se place un intervalle lucide ; c'est là une période difficile à préciser. Si chez certains individus il existe un véritable stade de calme pendant lequel ils se mêlent à la vie ordinaire, il en est un certain nombre chez lesquels il est difficile de marquer la frontière entre l'état de raison et l'état de maladie. M. Baillarger a cité des cas dans lesquels l'intervalle était de plusieurs années, mais M. Fabret fait à ce sujet une remarque judicieuse. Beaucoup de gens du monde, corrects

en apparence sont au fond des aliénés. Un homme exerçant de hautes fonctions publiques, un membre de l'Institut peuvent continuer à remplir tous leurs devoirs en présentant des alternatives d'excitation et de dépression. Il peut se faire que cette longue période de calme et de lucidité ne soit qu'une période voilée de la maladie. Ainsi l'on peut admettre trois formes fondamentales au point de vue de l'intervalle lucide, qui peut suivre ou précéder les accès et le langage médical doit se conformer à cette division. »

Il existe en effet suivant M. Fabret, dans ce genre de folie, après la période maniaque, un état qui participe de l'excitation amoindrie qui finit, et de la dépression qui commence, mais ce n'est point un retour complet aux idées, aux affections, aux habitudes ordinaires, et l'aliéné ne paraît raisonnable qu'à la faveur de l'immense contraste avec l'état qui vient de finir, le sommeil encore troublé, les idées mobiles, ne permettent pas au bon observateur de croire à la raison. De même après le stade de dépression et lorsque la torpeur a disparu, le malade semble être redevenu ce qu'il était et avoir repris l'usage ses facultés. Rien cependant n'est plus douteux, et des troubles inaperçus qu'il concentre en lui-même, des singularités d'habitude, une teinte légère de mélancolie, des instabilités d'idées et de désirs, parfois de l'insomnie donnent tout lieu de supposer le contraire ; alors, que l'entourage, reste convaincu de la persistance de l'état de lucidité, l'œil exercé voit déjà poindre l'excitation.

L'intervalle lucide dans la folie circulaire à longues périodes peut être aussi d'une longue durée, moindre ce

pendant que la période d'excitation ou d'affaissement isolé, il est à remarquer que si dans ces cas, le passage d'un état à l'autre s'effectue par une transition lente et graduelle, il en est d'autres à courtes périodes rapportées par M. Baillarger et par Griesinger, où l'intervalle lucide existe à peine et peut être mis en doute; couché maniaque, le malade se relève mélancolique et jamais en équilibre, il passe sa vie dans des alternatives d'agitation et de tristesse, roulant dans un cercle qui ramène toujours les mêmes phénomènes, ces aliénés chez lesquels, les accès se succèdent sans interruption, ceux chez lesquels, les accès, les uns très courts, les autres très longs, se produisent d'une façon irrégulière ne nous offrent pas d'intermittence accompagnée d'une réelle lucidité, et lorsque, dans la folie a double forme, elle apparait partiellement après l'accès complet, elle nous a paru toujours moins complète que celle que nous observons chez les vrais intermittents, maniaques, mélancoliques ou mégalomaniaques. Elle n'empêche pas ces circulaires de ne conserver qu'une volonté faible, parfois impuissante à réprimer les actes auxquels ils sont susceptibles de se laisser entraîner. Ils comprennent les hallucinations qu'ils ont eues, les impulsions qu'ils ont éprouvées ou qu'ils éprouvent encore. Ils luttent contre elles, mais il peut arriver néanmoins qu'elles finissent par les dominer.

Les moments lucides, fugaces, les lueurs, les éclairs de raison se recontrent bien plus que l'intermittence, dans un assez grand nombre de formes d'aliénation mentale, et il n'en est guère en dehors du délire alcoolique, de la démence et de l'apoplexie, où on ne puisse les observer;

ils se voient dans toutes les formes aiguës de folie, rarement à la période moyenne; mais surtout à la période de déclin et à la période prodromique ils sont courts; leur durée est de quelques heures, et atteint rarement une journée, il en existe au début de la paralysie générale, on les observe fréquemment dans l'hypochondre, mais nous ne devons pas nous y arrêter longuement; leur brièveté rendant impossible toute confusion avec l'intervalle lucide.

L'état mental dans lequel se trouvent entre leurs attaques, les sujets atteints d'épilepsie, a suscité bien des discussions, et on s'est demandé, si on ne pourrait pas, dans ces conditions, établir un rapprochement avec l'intervalle lucide; alors que les simples vertiges laissent une notable confusion dans les idées, on s'explique aisément l'hébétude temporaire dont les attaques sont inévitablement suivies; celles-ci, d'ailleurs, déterminent souvent des accidents plus graves, jusqu'à des accès maniaques très violents, qui se produisent également entre les crises et qui ne sont point séparés par des intervalles accompagnés d'une véritable lucidité, par suite des désordres intellectuels, de l'oblitération de l'entendement que provoque le mal épileptique.

L'intermittence reparaît souvent sans cause appréciable; on peut la voir quelquefois sous la dépendance d'états physiologiques telles que par exemple la menstruation chez la femme; les affections cutanées passent aussi pour exercer sur elle une certaine influence, une dartre, un eczéma sont susceptibles d'en produire le retour; on a même attribué aux épistaxis, au flux hémorrhoïdaire,

aux applications de sangsues, une action salutaire; la pneumonie, la goutte, les traumatismes surtout, amènent parfois des crises efficaces.

Les causes morales ont plus d'importance et ne paraissent pas devoir être révoquées en doute, surtout les émotions joyeuses, celles qui sont de nature agréable; mais ce n'est pas un motif pour écarter, comme n'ayant aucune valeur, celles qui se produisent dans des conditions différentes, et la commotion éprouvée à un évènement imprévu, la surprise, la frayeur même, sont intervenues d'une façon évidente comme cause occasionnelle.

L'influence des saisons qu'on a également invoquée paraît plus problématique; on a prétendu que l'automne serait plus favorable aux intervalles lucides, et que les accès de manie et de mélancolie éclateraient plus habituellement au printemps. Des accidents physiologiques, tels que la grossesse, l'allaitement, la ménopause, viennent souvent interrompre l'intermittence qu'on parvient quelquefois à prolonger en plaçant le malade dans des conditions hygiéniques avantageuses; une température douce, la solitude, un régime régulier, sobre, sont celles qu'il faut de préférence rechercher; les voyages et les excursions remplissent aussi des indications qu'il importe de ne pas négliger.

Les moments lucides ne présentent généralement pas de régularité dans leur apparition; ils se montrent à des époques inégales, et leur retour est ordinairement brusque; le délire cesse subitement pour quelques heures : dans les véritables intervalles lucides de la manie et de la mélancolie, la raison revient graduellement; l'affais-

sement du délire est progressif. En ce qui concerne la durée, elle est sujette à de grandes variations ; on a décrit les intervalles quotidiens, tierces, quartes, mensuels annuels.... etc. Mais cette cessation de symptômes qui doivent se manifester de nouveau au bout de quelques jours, d'une semaine, d'un mois, d'une année, n'étant que temporaire, la terminaison des intervalles lucides est toujours la même ; un nouvel accès vient les interrompre et la lucidité disparaît.

Le pronostic de l'intervalle lucide est donc inséparable de son diagnostic. Etant donnée la survivance de la maladie on sait qu'il ne constitue qu'une trêve, et on est autorisé à conclure à la récidive plus ou moins prochaine de l'accès. Il en résulte que l'intermission est plus grave que la rémission, cette dernière étant un amendement qui laisse un espoir d'autant plus grand que sa durée est plus longue et qui peut, par degré, arriver à une disparition presque complète des symptômes c'est à dire à un état voisin de la guérison.

CHAPITRE II

§ 1. — *Manie intermittente.*

La manie occupe par ordre de fréquence, la première place parmi les maladies mentales qui affectent la forme intermittente. Bien que se rapprochant beaucoup du type ordinaire de cette affection, elle présente, à l'exclusion de quelques caractères qu'on y observe rarement, une prédominance marquée de certains autres. L'activité extrême des facultés est la même, ainsi que la mobilité extraordinaire, le désordre des actes, des idées et des sentiments affectifs.

Les impulsions instinctives paraissent être au nombre des phénomènes dont l'intermittence favorise le développement, elles poussent les malades à boire et les portent à se livrer à des actes de violence et de méchanceté. ils sentent tout d'une façon exagérée; ils expriment tout d'une manière excessive; ils sont pleins de confiance en eux-mêmes, loquaces et exubérants; leur regard est brillant, leur extérieur animé. En dehors de ces manifestations, il en est d'autres, telles que le désir de se montrer, de paraître, sur lesquelles le type intermittent semble avoir quelque influence. On voit ces maniaques, pour arriver à ce résultat, chercher par toute espèce de moyens,

à se rendre excentriques dans leur costume et dans leur allure. Il en est parmi eux qui aiment à occasionner du scandale, à provoquer des rassemblements. Nous donnons l'observation d'un malade dont le début de chaque accès était marqué par des scènes de désordre auxquelles il se livrait dans la rue, tantôt attirant, par l'extravagance incroyable de sa mise, une nombreuse foule autour de lui, se rendant d'autrefois, en chinois, en habit de général.... etc... à l'Elysée et dans les ministères. Cette bizarrerie dans le vêtement, au début de l'accès, se remarque chez la femme, à un degré non moins prononcé. Elle revêt un costume extravagant, disparate, constratant singulièrement avec son âge et sa condition.

Au milieu de ce désordre des actes et des idées, certaines tendances semblent plus fréquentes dans ces formes intermittentes que dans la forme maniaque ordinaire, c'est aussi que les conceptions ambitieuses y sont parfois aussi multiples, mobiles et absurdes que dans la paralysie générale, les idées de richesse et l'optimisme aussi exagérés que dans cette affection.

L'intermittence imprime un cachet spécial d'irritabilité, ces malades sont particulièrement portés aux actes de violence au cours desquels, ils prennent vis-à-vis de tout le monde une attitude menaçante. Dans d'autres cas au contraire, c'est simplement une activité désordonnée qui domine la scène. Ces maniaques dressent une quantité de projets, veulent modifier la disposition de leur maison, changent de place tous les objets, bouleversent leurs terres, leurs jardins, les femmes s'habillent et se déshabillent sans cesse, arrangent et dérangent leurs

cheveux. D'autres fois, nous voyons le début de l'attaque marqué par des fugues lointaines avec des apparences assez nettes pour qu'il n'y ait pas à douter du commencement d'une nouvelle crise délirante. Nous devons ajouter que les caractères ne sont pas toujours aussi bien tranchés et qu'en présence d'un accès maniaque on ne peut souvent que soupçonner l'intermittence, laquelle ne peut être affirmée que par des renseignements complets sur les antécédents de l'individu et sur l'histoire détaillée de la maladie. Cependant il est très important de pouvoir la pressentir et de reconnaître une folie intermittente d'une rechute ordinaire.

Les accès peuvent être très courts et séparés les uns des autres par un stade lucide complet, et de même longueur que l'accès, ou bien présenter une durée variable et revenir à des intervalles libres, irréguliers, toutes les semaines, tous les mois, tous les ans... ils sont périodiques si leur réapparition s'effectue d'une manière régulière. Certains auteurs ont cité des exemples des types quotidiens, tierces, quartes. Griesinger rapporte une observation de manie dont les accès remarquables par leur brièveté se renouvelaient tous les quatre à cinq jours; ces courtes attaques survenant au milieu d'une bonne santé, il les compare à une sorte d'épilepsie et les désigne du nom d'épilepsie psychique.

Comme pour l'intervalle lucide, il est difficile de faire la juste part des causes susceptibles d'occasionner le retour des accès, ils surviennent tantôt d'une manière spontanée, d'autres fois ils correspondent à certaines saisons, ou bien ils sont liés à des dérangements physiques, tels

que la constipation, la céphalalgie, l'embarras gastrique; les impressions morales, la crainte, la frayeur, interviennent souvent d'une façon plus directe, plus fréquemment enfin, ils sont liés à des états psychologiques, la menstruation par exemple.

L'influence de cette dernière ne doit pas être mise en doute. Dans ses leçons sur les maladies mentales, M. le Professeur Ball en signale toute l'importance, nous ne saurions mieux faire que de citer ses paroles. « Il existe chez certaines femmes, nous dit-il, une folie périodique qui se reproduit à chaque époque menstruelle. Nous savons qu'à l'état physiologique il existe des troubles moraux dont la fréquence est tellement grande qu'ils attirent à peine l'attention; la plupart des femmes sont irritables et difficiles à vivre aux approches de l'époque menstruelle; elles subissent facilement l'influence des moindres émotions, elles sont plus vulnérables qu'à l'état normal. Plusieurs d'entre elles éprouvent un malaise profond, des congestions et de la céphalalgie; franchissant enfin les limites extrêmes de l'état pyschologique, certaines femmes deviennent absolument hallucinées à l'époque des règles pour reprendre leur raison immédiatement après; nous en rapporterons après Hitzig un cas extrêmement remarquable: Une mère avait tué son enfant en le jetant à l'eau et fut arrêtée et mise en jugement sous l'inculpation de meurtre. Pour se défendre elle prétendit qu'à l'époque de ses règles elle éprouvait un malaise extraordinaire de corps et d'esprit, et c'est sous l'influence de cet état pathologique qu'elle avait commis son crime: comme elle paraissait absolument saine d'esprit elle fut renvoyée en

prison pour y être soumise à une observation rigoureuse, on put alors constater qu'à chaque époque menstruelle, elle subissait une crise d'aliénation mentale. En conséquence, elle obtint un verdict d'acquittement. La forme la plus commune du délire en pareils cas *est la manie aiguë*.

Les accès maniaques sont annoncés par des signes précurseurs que savent distinguer les personnes qui ont l'habitude d'observer le malade. Dans son savant *Traité des maladies mentales*, M. Dagouet, nous les expose en quelques mots « on rencontre, dit-il, de l'insomnie de la céphalalgie, des rêves, de la loquacité, des idées bizarres, une mobilité excessive, le besoin de marcher, de gesticuler, de rire, un changement de caractère, de conduite, de l'irritabilité. Dans les accès périodiques, les malades ont presque toujours le pressentiment d'une rechute prochaine, les mêmes signes prodromiques se reproduisent chaque fois, de sorte qu'il est facile à celui qui les a observés de prédire le retour de l'accès maniaque, même d'après des indices en apparence insignifiants. »

§ 2. — *Mélancolie intermittente.*

La mélancolie intermittente se présente le plus souvent avec les caractères de la dépression physique et morale, de la suspension des facultés sans prédominance de certains délires, comme on le voit dans la mélancolie ordinaire, elle se rapproche même parfois de la stupeur, les malades se tiennent à l'écart et privés d'initiative et de spontanéité, solitaires, immobiles comme des statues, se

laissent aller à l'impulsion qu'on leur donne. Ils sont dans un état d'apathie et de passivité complète, irrésolus, n'ayant aucun désir, incapables d'entrain et de volonté; les sentiments de crainte, de défiance, de remords, les sensations d'angoisses, les hallucinations s'observent également chez ces mélancoliques. Le regard est terne et éteint, le visage morne ; ils évitent tout ce qui attire l'attention ; leur voix est basse, ils parlent à peine ; quelquefois même le mutisme est absolu ; l'activité de fonction organique est diminuée ; la respiration, la circulation sont plus lentes ; l'appétit a disparu ; le flux menstruel est moins abondant. La perte de l'embonpoint, la diminution de la sensibilité, et même la suppression des règles peuvent être la conséquence de cet état de souffrance de la nutrition. Griesinger cite deux exemples de mélancolie intermittente avec accès cataleptiformes. Dans d'autres cas l'intermittence n'imprime pas de caractères spéciaux à l'affection, qui peut alors se montrer avec les idées ordinaires, c'est-à-dire de ruine, de culpabilité, d'empoisonnement, de mort, de suicide, de damnation...

Nous n'insisterons pas sur les causes qui peuvent déterminer le retour des accès de mélancolie intermittente. Elles sont les mêmes que celles que nous avons appliquées à la manie ; mais tandis que dans cette dernière la période maladive peut être très courte, la brièveté est rare dans l'affection qui nous occupe, les accès sont au contraire d'assez longue durée ; on en observe bien peu souvent d'une durée de 1 à 2 jours, comme il en existe dans la manie. M. Dagouet rapporte une observation de mélancolie apparaissant toutes les trois semaines, c'est-à-dire à

époques plus rapprochées qu'on ne l'observe habituellement. « Nous nous rappelons, dit-il, un malade remarquable par l'intermittence même de son affection mentale. Les accès de stupeur dont il était atteint revenaient tout à coup à peu près tous les quinze jours ; ils duraient trois semaines environ et disparaissaient instantanément pour faire place à un intervalle lucide à peu près complet. Il avait lui-même la conscience de cette triste maladie qu'il décrivait ainsi dans une de ses lettres : J'ai une drôle de maladie ; je suis trois semaines bien et trois semaines en délire ; la fièvre me prend, je tremble, je bégaie, je regarde tout autour de moi avec effroi, avec une impression pénible ; tout me fait peur, le feu, l'eau ; le corps entier et la tête me pèsent. Je suis dans un accablement profond. Lorsque c'est passé, tout va bien ; je redeviens léger, gai mes idées sont nettes et me voilà comme tout neuf, mais pas pour longtemps, cela me reprend tout d'un coup et je ne sais plus faire deux pas devant moi.

§ 3 — *Mégalomanie intermittente.*

Le délire ambitieux peut être associé aux affections mentales les plus diverses ; les idées de grandeur viennent alors se mêler aux autres symptômes ; mais dans la mégaomanie caractérisée par une exagération du sentiment de la personnalité, elles sont fixes, cohérentes et systématisées, le regard fier, la démarche orgueilleuse et arrogante, l'air dédaigneux réfléchissent suffisamment les conceptions délirantes de ces malades. On rencontre chez eux des accès d'excitation maniaque qui se produisent d'une ma-

nière intermittente mais ils sont en général de courte durée. En dehors des observations que nous publions et où les idées ambitieuses coexistent avec la manie ou la mélancolie, nous n'avons pas eu l'occasion de constater des exemples de mégalomanie véritable à type intermittent. M. Dagouet a cité le cas intéressant d'un malade G.... atteint de mégalomanie intermittente à accès irréguliers avec intervalles lucides prolongés. Le cercle restreint dans lequel se meuvent les conceptions délirantes et surtout la ténacité de ces dernières donnent à l'affection une forme essentiellement chronique le fond morbibe est invariable et le malade entretenu toujours dans ses idées, est sans doute sujet à des paroxysmes mais rarement à des accès intermittents.

OBSERVATIONS

Observation I (personnelle).

Manie intermittente, vingt et unième accès.

Le nommé G...né en 1832, avocat, entre pour la vingt-troisième fois dans les établissements spéciaux de la Seine. Son premier accès éclate le 21 septembre 1872, il est dans un état d'excitation maniaque violente, il crie, chante, vocifère, se déshabille, veut mettre le feu à la maison, raconte un voyage qu'il vient de faire à Versailles pour défendre Bazaine. Il sort par guérison le 17 octobre 1872, et reprend sa profession de publiciste.

Après une période de calme d'une année, il rentre de nouveau dans une maison de santé pour la même maladie (10 août, 15 sept. 1873. Elle le reprend encore à la même époque et au même mois 1873 et 1874, et absolument avec la même forme. En février 1875 nouvel accès qui dure seulement du 7 au 16 de ce mois. Il se renouvelle du 17 septembre 1876 au 4 novembre 1876 ; à partir de ce moment il se répète tous les ans.

Il reparaît le 17 avril 1878 , G... se met à se déshabiller à sa fenêtre, à haranguer les passants, à jeter son mobilier dans la rue; un pistolet et un rasoir à la main, il menace de tuer tout le monde ; enfin il vante ses qualités, ses mérites, ses talents et proclame qu'il est un personnage hors ligne. Il sort par guérison le 30 avril 1878, pour reprendre ses occupations ; cette fois l'intervalle n'est pas de longue durée ; en revanche la nouvelle attaque de manie est plus longue : elle se prolonge du 4 mai 1878 au 21 avril 1879, mis en liberté, il s'occupe avec intelligence de ses af-

faires ; mais de nouveau repris le 6 décembre 1879, il est ramené à l'Etablissement où il reste jusqu'au 18 mars 1880.

Le 19 juin 1880, nouvel accès; il parle de lui avec emphase, est turbulent, tapageur, d'une loquacité intarissable il met tout en désordre, déchire ses effets, se dit major général persan, prince de Hainaut, crie au voleur, à l'assassin ; il veut tuer le préfet de police. Dans la rue Saint-Sulpice, il monte dans une voiture de cultivateur, et se met à la conduire, arrêté par un agent de la paix, il le menace avec un poignard qu'il tire de sa ceinture. Il se rétablit en moins d'un mois, et est rendu à sa mère le 12 juillet. De nouveau dérangé le 10 février 1881, il est traité pendant 2 mois et sort le 13 avril.

Le 12 janvier 1882, de nouvelles excentricités nécessitent son internement.

Il se rend à l'Elysée en costume d'amiral, avec la rosette d'officier et le grand cordon de la légion d'honneur passé en sautoir, et invite un garde du palais à l'accompagner jusqu'à l'antichambre du Président, en lui racontant des voyages lointains, et se plaignant de ne pouvoir circuler dans la rue sans être injurié; il pénètre dans le salon de réception et se met à insulter M. Grevy et M. Vilson : il cause du scandale, brise des vitres et menace de tuer ceux qui l'approchent. On s'empare de sa personne, mais en sortant, il réussit à s'introduire dans une volière ou il cause du dégât, et dont on ne peut le faire sortir qu'avec beaucoup de peine.

Il est remis en liberté, le 28 février 1882, mais ne tarde pas à retomber. Le 3 avril, il s'introduit dans l'hôtel de la Nonciature, les pieds nus, vêtu d'une robe rouge, et il se livre à toutes sortes d'extravagances, son agitation disparaît le 20 avril, et sa sortie lui est accordée.

Le 4 juin 1882. nouvel accès; il pénètre dans l'hôtel du Louvre en proférant des cris, et y fait une scène de violence et de

scandale ; il est conduit à la maison de santé de M. Goujon où il commet deux tentatives incendiaires, et d'où on est obligé de le renvoyer pour ce motif, il cst dirigé sur l'établissement d'Ivry, et y reste en traitcment jusqu'au 5 août, époque de la guérison.

Le 8 décembre 1882, nouvelles extravagances, projets multiples cris ; harangues dans la rue, et distribue une brochure qu'il a adressée au sénat pour se plaindre de ses diverses séquestrations et pour expliquer les modifications à apporter aux établissements d'aliénés ; le lendemain il va au ministère de la guerre dans un costume excentrique et se déclare aide de camp d'Arabie, menace de frapper, dit que lcs anglais sont des lâches, de là il est dirigé sur l'infirmerie du Dépôt, l'excitation cst calmée au bout d'un mois et il est rcndu le 31 janvier 1883 à sa famillc.

Il est séquestré peu de temps après ; le 10 mars 1883, il se livre à la garc Saint-Lazare à une scène dc scandale ; il court dans la salle des Pas Perdus, en gesticulant et criant : vive le roi, vive Henri V. Il injurie les agents, brise des carreaux ; conduit à Charcnton, son accès présentc les mêmes caractères, se calme assez vite et le 17 mai, le malade obtient sa liberté.

Dérangé une fois de plus le 28 mai 1883, il se promène dans les rues en costume bizarre, criant qu'il est le prince impérial des Zoulous, prenant une attitude orgueilleuse, se livrant à des divagations et à des injures contre les savants, les ministres, l'Institut. Il s'améliore rapidement à Charenton et le 30 septembre 1883, il sort de l'établissement par guérison.

L'intervalle lucide persiste cette fois pendant trois années ; le malade jouit de la lucidité la plus entière et gère parfaitement ses affaires. Tout à coup sa mère vient à mourir le 24 mai 1886, soit trois ans environ après sa sortie de Charenton, il devient aussitôt extravagant, turbulent, criard, agressif, il se rend dans un établissement de bains du Pont-Royal, jette les rideaux de son cabinet dans la Seine ainsi que sa montre et son porte-mon-

naie, tient des propos sans suite, parle de ses inventions ; il casse le siége de la voiture dans laquelle on le conduit au Dépôt. Très amélioré le 13 juin, il est guéri le 24 et est rendu à la liberté.

L'intermission n'est pas de longue durée. Il est ramené un mois après, après avoir mis le feu à son domicile dont il s'était enfui en appelant les pompiers ; le même jour il se montrait avec un marteau de couvreur au manche duquel il avait attaché un chapelet, à l'autre main il était porteur d'un couteau ; outre l'agitation, les actes désordonnés, tout le tableau du délire maniaque, on observe une prédominance jusque-là beaucoup moins marquée des idées ambitieuses. Il est fier de ses inventions ; il a inventé un canon qui tue trente-cinq mille hommes à la seconde, une guillotine électrique qui, en deux heures, détruira tous les Prussiens. Capable de se conduire au dehors, et ayant recouvré la possession de ses facultés, il est renvoyé le 29 septembre. Il se conduit raisonnablement pendant près de deux années et le 8 mars 1888 est ramené à Charenton après avoir commis des scènes de scandale et de violence. Le désordre des actes et des idées est à son comble. Il crache à la figure de tout le monde, crie constamment, se livre à toutes les excentricités.

Ce malade n'a jamais eu de maladie physique grave. Il n'a aucun antécédent héréditaire. Son père est mort asthmatique, sa mère cardiaque. Les accès sont de courte durée, deux mois au plus, et lorsque les intervalles sont un peu prolongés, il retrouve le calme absolu, se trouve dans un état de parfaite lucidité et doit être alors considéré comme responsable de ses actes.

Observation II (personnelle).

Manie intermittente. Guérison.

Le nommé C..... 38 ans, célibataire, entre à l'asile Sainte-Anne le 11 janvier 1886 ; avant son entrée, l'histoire de la maladie

est la suivante : C..... est le dernier d'une famille de sept enfants. Son père était horticulteur et il travaillait avec lui. Il n'avait jamais quitté sa famille jusqu'à la guerre de 1870, époque à laquelle il a servi dans la garde mobile, il y est resté pendant toute la durée du siége, rentré chez lui à la fin de la campagne, il est obligé de se cacher pendant la commune. Il se remet au travail, et pour les expositions obtient plusieurs récompenses, lorsque survint la mort de son père. A partir de ce moment, il devient inquiet, tourmenté ; le besoin d'argent le gêne beaucoup pour continuer l'exploitation du père ; il s'affecte de l'insuccès de deux tentatives de mariage qui n'aboutissent pas. Il reste dans cette situation jusqu'au commencement de 1885, époque à laquelle on s'est aperçu de son dérangement d'esprit. Un jour de l'été dernier, traversant la Marne à Créteil, il s'est cru frappé d'insolation ; depuis cette époque, il a cessé tout travail régulier, est devenu très excité, insouciant de ses affaires, s'est cru insulté, poursuivi, s'est livré à des actes de violence sur les personnes qui vivaient avec lui. A la suite de ces moments d'excitation, il devient calme, rien ne fixe son attention, il pleure, refuse de manger, se met à genoux, son départ pour l'armée en 1870, l'a vivement frappé ; dans son délire, il parle des Prussiens, des différents incidents du siége. Au cours de ce dernier, il eut un érysipèle, à la suite duquel il devint chauve. Etant garde mobile, il se serait livré à quelques excès alcooliques. Rentré du service, il vivait de la vie de famille, se levant à 5 heures du matin pour travailler avec son père ; la nourriture était substantielle ; ses repas étaient réguliers. Son travail consistait à empoter les plantes, arroser, faire des boutures, labourer la terre, avoir soin du cheval, porter des fleurs en ville. Il était d'un naturel placide, parlant beaucoup, causant souvent de son métier, auquel il s'adonnait avec goût. A huit où neuf heures du soir, après avoir dîné, il sortait sous divers prétextes et ne rentrait qu'à

minuit ou une heure du matin ; il était malgré cela obligé de se lever à cinq heures. Il n'a jamais eu de maladie vénérienne, son grand père paternel est mort des suites d'une paralysie remontant à plusieurs années ; sa mère, âgée de 74 ans, est encore d'une bonne santé ; aucun membre de sa famille n'a été atteint de maladie mentale.

Tout travail régulier est devenu impossible à partir de juillet 1885; depuis cette époque, il a constamment divagué, s'est porté à des actes violents, même sur la personne de sa mère, pour laquelle il avait toujours montré beaucoup d'affection ; à la suite de cette agitation, il semble annéanti, se cache la tête, dit qu'on lui en veut, qu'il est fou, que dans la rue on lui marche sur les pieds, que M. Germain Casse lui fait du mal.

Admis à la division des hommes, il présente le tableau de l'excitation maniaque ; ses explications sont confuses, incohérentes, ses actes et ses idées bizarres et désordonnés ; il craint l'ennemi, l'Allemand : il entend des voix, il refuse de prendre sa potion, il a quelques idées mélancoliques ; le sommeil est tourmenté ; il appelle sonores les voix qui le poursuivent, une frayeur aurait été la cause de sa maladie, le 16 juin 1885 il aurai éprouvé des accidents d'insolation ; quelques jours plus tard, en traversant la Marne sur un bateau, il aurait couru de grands dangers ; le même jour, il éprouva une vive frayeur en voyant tomber la foudre sur un mur mitoyen à sa propriété. Son excitation se calme une semaine après son entrée à Sainte-Anne.

Le 28 janvier, il est repris de son accès ; il entend des bourdonnements ; ses explications sont très confuses, il est légèrement déprimé ; des hallucinations, de l'incohérence, des actes bizarres marquent le prélude, il est entièrement rétabli le 19 février.

Le 3 mars, il éprouve quelques vagues craintes ; il est de nouveau incohérent, désordonné, parle de limaces au plafond, de

crevasses. Le lendemain, il est en pleine excitation maniaque ; mange de l'herbe, éteint le gaz la nuit, ne dort point, il pleure, parle seul, se plaint de tiraillements aux pieds. L'accès disparaît le 22 mars. Il reparaît le 10 avril ; le malade entend comme un bris continuel de vitres, demande qu'on fasse cesser le son de cloches qui ne lui laisse pas un instant de repos. Il fait des gestes bizarres pour qu'on arrête ces bruits qui l'agacent : le 14 avril, l'agitation étant à son comble, on est obligé de le placer aux cellules ; son état est redevenu satisfaisant, et le 18 avril il retourne à son quartier, il se rappelle de tout ce qui lui est arrivé et exprime toute sa satisfaction d'être débarrassé de son accès.

Il retombe le 30 avril, se rétablit en huit jours, et se trouve repris le 19 mai. A partir de ce moment, les accès ont reparu aux époques suivantes : du 28 avril au 6 mai, du 20 au 31 mai. du 10 au 21 juin, cet accès a été très violent ; l'agitation était continuelle ; il ne dormait point ; la lumière du iour le fatiguait ; il lui semblait voir les objets se transformer ; du 2 au 12 juillet (Il sort le 14 juillet pour aller à la fête nationale et se conduit très raisonnablement), du 23 juillet au 5 août, du 22 août au 31 août, du 14 septembre au 28 septembre. Il entend les voisins lui parler de ses affaires, de ses jardins, mais cet accès est moins violent que les précédents.

Le 20 août il est de nouveau dérangé ; incohérent, désordonné ; l'exaltation est moins grande, et le malade traité depuis un certain temps par le bromure à haute dose, semble retirer un certain bénéfice de l'emploi de ce médicament. — Le 4 novembre, l'agitation reparaît pour durer jusqu'au 20. Placé aux cellules, il se livre des actes de violence, frappe les personnes qui l'entourent, ne dort point, entend parler ses voisins, est épouvanté par des bruits continuels semblables au tonnerre.

Pendant 12 jours, il est entièrement lucide ; le 3 décembre, il

est excité de nouveau, halluciné ; il ne comprend pas les paroles qu'on lui adresse et ne recouvre le calme que le 19. Le premier janvier 1887, soit douze jours après, ramène un nouvel accès, chacun d'eux, à partir de ce moment, présente invariablement cette durée de douze jours. Nous les voyons en effet apparaître du premier au 12 janvier, du 24 janvier au 6 février, du 25 février au 6 mars. La quantité d'urée excrétée est l'objet d'un examen spécial ; on trouve la proportion de 19 gr. pendant l'agitation et de 22 gr. après l'accès.

La surprise est grande, lorsque la période réglementaire de 12 jours, puis une semaine, puis un mois s'écoulent sans qu'on voie apparaître le moindre signe précurseur d'un nouvel accès. Les accès ne reparaissant plus, la sortie est autorisée à la fin d'avril 1887. Nous avons apris que la santé du malade avait été excellente depuis cette époque et qu'il se livrait à ses occupations, et gérait ses affaires avec la même intelligence qu'autrefois.

Cette observation présente un grand intérêt à cause de la durée fixe et invariable des accès, et des intervalles lucides ; ajoutons que pendant ces derniers, à part quelque craintes vagues, le malade jouissait d'une lucidité absolue.

Pendant la période de calme, une sortie de un ou deux jours lui était habituellement accordée et il se conduisait de la manière la plus raisonnable, ne perdant pas de vue ses clients, s'occupant de la culture de ses jardins et donnant des conseils judicieux sur les améliorations à introduire.

Observation III.

(Due à l'obligeance de M. Dagouet).

Manie intermittente. Terminaison par la forme chronique.

Le nommé R..., garçon frappeur, entre à l'asile Sainte-Anne le 21 janvier 1876. Il présente le tableau de l'excitation maniaque,

compliquée de quelques accidents alcooliques qui disparaissent au bout d'un mois de traitement à l'asile de Vaucluse sur lequel le malade est dirigé aussitôt après son entrée, mais l'accès maniaque caractérisé par de l'incohérence, du désordre des actes et des idées, de l'insomnie, de la loquacité, ne se calme qu'après un séjour de trois mois à l'établissement.

Remis en liberté le 17 avril 1876, il reprend ses occupations qu'il remplit de la manière la plus satisfaisante, son état mental est excellent jusqu'en février 1877, époque à laquelle la réapparition des mêmes accidents nécessite un traitement de quatre mois à l'asile de Vaucluse; puis ceux-ci s'effacent pour faire place pendant plus de trois ans à une période de complète lucidité. En février 1881, se déclare un nouvel accès très intense, avec excitation violente, gestes continuels, soliloquie, idées mystiques confuses; impulsions agressives, craintes d'être possédé par le diable. Il sort par guérison le 3 avril 1882, les mêmes phénomènes se montrent une troisième fois le 31 juillet 1883; il siffle, chante, gesticule, ne peut rester en place. Conscient de son état et ne se sentant pas entièrement guéri, il refuse en septembre la sortie qui lui est proposée et ne quitte l'asile que le 27 octobre 1883.

Le 10 juillet 1884 des phénomènes analogues le ramènent pour dix mois. Rendu à la liberté, il se conduit raisonnablement pendant deux ans pour retomber de nouveau en juin 1886. Les accidents qui à chaque accès étaient absolument semblables, se sont légèrement modifiés, outre l'incohérence, l'agitation des gestes désordonnés, il est dominé par des idées mystiques (il parle de Dieu, du diable qui agit sur lui, d'esprits impurs qui prennent une forme humaine), et par quelques idées de persécution. Sorti par guérison le 11 janvier 1887, il est ramené le 9 février 1888, mais avec un affaiblissement considérable des facultés, une indifférence complète de ce qui l'entoure, il ignore le jour, l'année où nous sommes, ses réponses sont incohérentes ses actes et ses idées

désordonnés, les idées mystiques et de persécution sont plus persistantes et plus accusées.

A l'heure actuelle, l'affection transformée en manie chronique paraît s'acheminer vers la démence. Nous n'avons trouvé chez ce malade aucun antécédent héréditaire. Il revenait à son état normal pendant les intervalles des accès, qui, les premiers du moins, ont une durée à peu près semblable.

Observation IV (personnelle).

Manie intermittente.

Le nommé M... âgé de 38 ans, entre à l'asile Sainte-Anne le 2 juin 1871 en état d'agitation maniaque. Il est incohérent, parle constamment, rit et pleure sans motifs, ne dort point, la langue est sèche, la figure injectée et on constate de la fièvre. Il est plus calme le 10 juin mais tient toujours des propos sans suite. Il sort complétement rétabli le 13 octobre 1872. L'année suivante il est repris au mois de juillet des mêmes accidents, se met à divaguer, à crier, à chanter, à pleurer la nuit. Il sort le 20 novembre, après quatre mois de séjour à l'asile. Depuis cette époque jusqu'en mai 1878, les accès reparaissent tous les ans avec une durée moyenne de cinq mois, soit de janvier en mai 1874, de février en mai 1875, de février en juin 1876, de mars en août 1877, d'avril en août 1878, de janvier en avril 1879, sorti à cette dernière date, il reste en liberté pendant trois ans. En février 1882, le calme disparaît, le malade redevient maniaque, agité, incohérent, loquace, sans suite dans les idées. Amené dans le service, il crie, chante, pleure se met à boire de l'encre dans son quartier, se livre à toutes sortes d'actes désordonnés. Il sort par guérison le 8 juin 1882. Placé de nouveau le 11 novembre 1885, époque à laquelle il se montre encore dérangé, violent, incohérent, il n'a plus quitté depuis l'établissement. Il présente des alternatives de tranquil-

lité et d'excitation, mais on ne peut considérer les premières que comme des intervalles de calme apparent, et qui ne permettraient plus maintenant au malade de se conduire raisonnablement au dehors ; mais au début de l'affection, les intermittences ont marqué des périodes au cours desquelles il revenait à son état habituel.

Observation V (personnelle).

Manie intermittente.

La nommée H..., née en 1855, entre à l'asile Sainte-Anne le 7 juillet 1874. Ses antécédents héréditaires sont les suivants : son grand-père est mort à 83 ans, sa grand'mère, vivante, est âgée de 81 ans ; la mère, d'une bonne santé habituelle, est atteinte de surdité ; le père est mort hémiplégique à 60 ans. Elle a un frère et une sœur aliénés présentant à peu près la même forme d'affection mentale. Nous en rapportons du reste les observations.

A son entrée, elle est en état d'excitation maniaque. Elle a des scrupules religieux, tient des propos incohérents ; l'explosion délirante a eu lieu subitement par un accès d'hystérie plus violent que de coutume, et accompagné de délire furieux au cours duquel elle menaçait les personnes qui l'approchaient. Elle ne dort point, présente de l'incohérence des idées et des actes, ne peut fixer son attention sur rien. Le 19 décembre elle est très améliorée ; elle est calme, travaille et réclame sa sortie. Elle sort complétement rétablie le 22 février 1875 et reste pendant trois ans en état de parfaite lucidité.

Le 8 juin 1878, de nouveaux accidents nécessitent de nouveau son placement. Elle présente des alternatives d'excitation et de dépression. Elle refuse les aliments, est tourmentée par des craintes imaginaires. Elle est en état de demi-stupeur. Elle reste pendant plus d'un an et demi à Sainte-Anne. Elle est tan

tôt déprimée, tantôt agitée, mais sans alternance régulière. Elle est remise en liberté le 29 janvier 1880.

Deux ans après, en janvier 1882, nouvel accès de dépression mélancolique avec hallucinations, scrupules religieux, mutisme, refus d'aliments. Elle croit que tout ce qu'elle fait est mal fait ; elle veut mourir. L'alimentation est devenue de plus en plus difficile, puis nulle le 23 février : il faut la nourrir à la sonde.

20 mai 1882. — Légère excitation, elle est incohérente et se met à manger avec voracité. 31 mai : le facies a meilleure expression, mais elle n'a encore pas d'initiative. 11 octobre : accès d'agitation avec violence, paroles injurieuses, calme après l'administration de bains prolongés. 29 octobre : apparition des règles : regard fixe, tendance à la stupeur. 2 novembre : période de dépression qui dure 1 mois, puis tout à coup le 21 décembre apparition, d'une phase d'excitation ; incohérence, cris, chants, actes violents et désordonnés.

Elle reste calme pendant 4 mois et le 25 mars 1883, elle est de nouveau dérangée ; elle tombe dans un état d'apathie et d'indifférence complète, gâte, n'a plus aucun soin de sa personne; elle a des moments d'excitation. Son état s'améliore graduellement, et elle sort le 6 juin ; la période d'accalmie se prolonge pendant deux ans.

En décembre 1885, les mêmes phénomènes se reproduisent; la malade a des frayeurs, est tourmentée par des scrupules et des craintes, tient des propos sans suite, menace de se donner la mort. Elle fait un nouveau séjour de trois mois à Sainte-Anne; elle est en état de demi-stupeur. Remise en liberté, la rémission n'est pas de longue durée, son placement est encore rendu nécessaire en février 1886.

Depuis cette époque, l'affection se caractérise par des périodes plus ou moins prolongées de dépression et d'agitation mais sans qu'elles se succèdent d'une façon régulière ou qu'il y ait la

moindre périodicité dans leur apparition. Une teinte prononcée de mélancolie persiste pendant les intervalles : les accès de dépression sont bien plus persistants que ceux d'excitation ; la malade est surtout une mélancolique avec agitation passagère.

OBSERVATION VI

(due à l'obligeance de M. Bouchereau). Manie intermittente.

La nommée H... entre pour la troisième fois à l'asile Saint-Anne ; les antécédents héréditaires ont été exposés dans l'observation de sa sœur. Elle entre pour la première fois à l'admission le 28 juillet 1877 avec le diagnostic de délire maniaque, avec excitation, incohérence, loquacité, désordre des actes et des idées, accès de violence, gestes incessants, rires et pleurs sans motifs... etc, l'agitation s'affaisse peu à peu et la malade sort par guérison le trois février 1878 de l'asile de la Salpêtrière où elle a été transférée.

Après une période de calme prolongée pendant deux ans, elle devient de nouveau dérangée elle présente les mêmes signes qu'à sa première attaque de manie. et est traitée pendant cinq mois à la Salpêtrière où elle entre le dix septembre 1880 pour sortir le 23 février 1881. De nouveau tranquille, elle est rendue à la liberté.

Elle ne donne aucun indice de troubles intellectuels jusqu'au sept décembre 1882 époque de sa troisième entrée. Cette fois l'accès a été précédé d'une période dépressive : la malade était triste, refusait les aliments, restait dans un état de stupeur et de mutisme continuel, et ne répondait à aucune des questions qu'on lui adressait ; à l'asile, son affection se caractérise par de l'agitation, de la loquacité, des actes désordonnés ; 24 décembre 1882 : elle se livre à des impulsions violentes, 14 janvier 1883 : toujours excitée, tendance aux violences, elle casse chaque jour des carreaux, on a dû la mettre aux cellules ; 15 février 1883, agitation

extrême, camisolée ; 14 mars 1883 : légère amélioration, 12 avril; depuis trois jours calme, douce, travaille, très bonne attitude, sentiment de fatigue et de courbature causée par ses règles. Elle est passée au deuxième quartier. La malade se conduit très raisonnablement, est complétement guérie le sept juin 1883, elle est rendue à la liberté, les intervalles ont été caracterisés chez elle par une complète lucidité.

Obsetvation VII (personnelle).

Manie intermittente.

La nommée L... née le 11 août 31, entre le 20 mars 1857 à la Salpêtrière. Les antécédents héréditaires sont les suivants : sa mère est morte à 74 ans d'une péritonite, son père à 54 ans d'accident, son frère aîné a succombé à la phthisie à 35 ans, un cousin germain du côté maternel est mort aliéné à Maréville. Elle a un frère et une sœur en bonne santé. Elle a eu 3 enfants : une fille morte de tuberculose à 38 ans; elle en a perdu une à 3 semaines ; la troisième âgée de 31 ans, est bien portante.

Aucun antécédent héréditaire n'est à signaler du côté des grands parents.

La maladie a débuté à la suite d'une peur. Les couches ont été laborieuses, la première a eu lieu à 26 ans; elle s'est levée 15 jours après, en se rendant à Charenton, elle se trouva au milieu de bœufs, et prit une peur terrible. La nuit elle ne dormit point, et 2 jours après, fut prise d'hallucinations. Conduite d'abord à l'hôpital Rothschild, elle voyait à sa fenêtre un vieillard venir lui demander l'aumône, et cassait les carreaux pour la lui faire parvenir. Chez elle, elle avait brisé une partie de son mobilier, qu'elle avait ensuite jeté par la fenêtre. Elle fut conduite à la Salpêtrière et resta trois mois aux cellules en état complet d'agitation maniaque. Elle fut remise en liberté le 4 juin 1857.

Le second accès s'est également déclaré à la suite d'une émotion pénible. Elle fut très effrayée d'un accident qui était arrivé à sa mère, et qui était une fracture grave de l'avant-bras, un violent délire maniaque s'ensuivit et elle fut traitée pendant près un an (8 décembre 1858, 14 octobre 1859) au même établissement. Rendue à la liberté, il lui tomba entre les mains des lettres de faire part de la mort de son frère qu'on lui avait cachée et qui était survenue pendant son séjour à la Salpêtrière, cette émotion douloureuse détermina le 3 janvier 1860, une nouvells crise délirante; elle se déshabillait, courait en chemise, gesticulait, criait, brisait tout. Au mois de mai de la même année, elle fut rendue à la liberté. Depuis cette époque les accès ont eu lieu à peu près tous les deux ans nous en rapportons les dates.

Entrée... 21 septembre 1868.
Sortie.... 5 janvier 1869.
Entrée... 16 février 1871.
Sortie.... 22 mars 1871.
Entrée .. 17 avril 1873.
Sortie.... 1er septembre 1873.
Entrée... 28 mai 1875.
Sortie.... 20 juillet 1875.
Entrée... 10 août 1877.
Sortie.... 7 février 1878.
Entrée... 9 octobre 1879.
Sortie.... 29 mai 1880.
Entrée... 22 avril 1882.
Sortie.... 16 octobre 1882.
Entrée... 15 mai 1884.
Sortie.... 1er mai 1885.
Dernière entrée au 9 septembre 1887.

Depuis dix ans, les accès se reproduisent invariablement avec les mêmes caractères et nous décrivons un des plus récents que

nous avons observés ; elle présente alors une grande agitation et un grand désordre dans les actes, elle ne sait plus agrafer ses vêtements, elle met ses jupons par dessus sa robe, elle place son manchon sur sa tête, elle fait tomber ses cheveux sur son visage avec lesquels elle le recouvre entièrement, elle pousse des cris comme des aboiements. Elle se met en chemise, est d'une loquacité intarissable ; elle se met un voile tombant jusqu'à terre, elle est très incohérente ; le dernier mot éveille une idée, elle passe ainsi d'un sujet à un autre sans aucune suite, répète à toutes les personnes qu'elle voit : « vous êtes mon frère, vous êtes ma sœur, ma cousine, » il lui semble qu'elle connaît tout le monde. Elle veut toujours aller laver, blanchir du linge ; la nuit elle est effrayée ; elle voit des objets imaginaires ; elle pousse des cris, elle a quelques idées de persécution, prétend que son propriétaire secoue des tapis au-dessus de sa tête. Enfin elle entonne souvent des cantiques, s'agenouille fréquemment, fait à chaque instant sa prière, des signes religieux ; les idées mystiques entrent pour une part notable dans ses accès maniaques. Ceux-ci débutent presque toujours, à la suite d'une émotion pénible.

Elle présente quelques particularités physiques, les apophyses zygomatiques sont très saillantes ; ses oreilles sont sessiles, déplissées ; les extrémités sont cyanosées, le front déprimé, le palais aplati.

Les intervalles sont caractérisés par une lucidité très grande sinon entière, la malade se rend compte de ses accès, la mémoire n'est point affaiblie.

Observation VIII

(Due à l'obligeance de M. Bouchereau).

Manie intermittente.

La nommée B..., sans profession, âgée de 41 ans, entre pour

la dixième fois à l'asile Sainte-Anne (service de M. le Dr Bouchereau). Voici les dates correspondant aux diverses entrées.

1re entrée	Admission.....	7 août 1878.
	Sortie.........	5 oct. 1878.
2e entrée	Admission.....	16 septembre 1881.
	Sortie.........	8 octobre 1881.
3e entrée	Admission.....	23 février 1882.
	Sortie.........	20 avril 1882.
4e entrée	Admission.....	28 octobre 1882.
	Sortie.........	21 février 1883.
5e entrée	Admission.....	8 juin 1883.
	Sortie.........	16 juillet 1883.
6e entrée	Admission.....	21 avril 1885.
	Sortie.........	15 mai 1885.
7e entrée	Admission.....	19 août 1886.
	Sortie.........	9 septembre 1886.
8e entrée	Admission.....	12 novembre 1886.
	Sortie.........	4 décembre 1886.
9e entrée	Admission.....	22 novembre 1887.
	Sortie.........	18 décembre 1887.

Les accès ont toujours été semblables et nous décrirons minutieusement l'un d'eux, les antécédents héréditaires de la malade sont les suivants : le père âgé de 74 ans, employé en retraite de chemin de fer, s'est toujours livré à quelque excès de boissons. La mère âgée de 63 ans est bien portante. Elle était dans sa jeunesse d'un tempérament très nerveux. Elle a une sœur en bonne santé. Son frère âgé de 35 ans, commet des excès alcooliques. Elle a toujours été d'une bonne santé jusqu'à son mariage, elle

a eu six enfants ; deux sont morts en bas âge. Elle a toujours été bien réglée ; elle était au moment de ses époques sujette à des accidents nerveux.

Un mois avant l'accès actuel la malade serait devenue triste, absorbée, négligeant on ménage, et se plaignant constamment de douleurs de tête. L'excitation a débuté il y a quatre jours par des cris, des chants, des propos incohérents, de l'insomnie, des hallucinations. Elle mange beaucoup, se roule à terre, salit ses vêtements. Elle n'est pas violente et n'a point d'impulsion : mais elle déchire et brise tout. Le 25 août 1886, soit six jours après son entrée, son état d'agitation est le même; elle a chanté une partie de la nuit; placée au troisième quartier, elle agace les malades et on est obligé de la renvoyer aux cellules. Même état le 31 août. Le 11 novembre 1886, la situation n'a nullement changé; elle est toujours aussi bruyante qu' à son arrivée, chante et crie nuit et jour ; les bains ne la calment guère. Le 17 novembre 1886, l'accès d'agitation a cessé subitement du jour au lendemain ; la malade est tranquille, parle posément et demande à s'occuper.

Le 21 novembre 1886, la malade est redevenue calme, douce raisonne convenablement, dort bien, se rend utile, travaille aux ateliers, et on lui accorde sa mise en liberté. Chez cette malade l'accès paraît toujours avoir une même durée, soit une quinzaine de jours, dans les intervalles, elle revient à l'état normal, s'occupe avec grand soin de son ménage, et est remplie de sollicitude pour son enfant âgé de 2 ans.

Observation IX (personnelle).

Manie intermittente.

Le nommé H... employé de bureau, entre à l'asile Sainte-Anne le 3 juin 1872, en état d'excitation maniaque, il est agité, incohérent, irritable, ne dort point, est dominé par des hallucinations et des illusions ; il voit dit-il de drôles de choses, parle de

poignards ; il cherche de tous côtés ; il a parfois des impulsions subites, et s'est récemment précipité sur son père avec violence. Sa figure est bouleversée et revêt une expression de terreur ; sensiblement amélioré le 7 août. il est admis à travailler dans les bureaux. L'amélioration persiste et il sort le 14 septembre.

Il reprend l'emploi qu'il occupait avant son entrée et s'acquitte d'une manière satisfaisante de sa tâche. Les mêmes accidents, dont il est pris subitement, le ramènent le 13 octobre, c'est-à-dire après un intervalle lucide de 13 mois, il est rendu à la liberté le 16 novembre et pour une année encore, une période de calme s'établit.

Le 26 juin 1874, un nouvel accès éclate subitement par une crise de fureur ; il saisit un couteau dont il menace de frapper tout le monde ; on le conduit aussitôt à l'asile, il est incohérent, agité d'une mobilité excessive, parlant de poison, de maîtresse, irascible, il est pris d'emportements fréquents, l'excitation s'affaisse assez vite et le 6 juillet il est dans un état submaniaque conservant de l'incohérence et une grande loquacité. Le 4 octobre 1874, il est remis en liberté, se rendant compte de sa maladie et dans un état de complète lucidité. Le 30 septembre 1875, éclate tout à coup une nouvelle explosion délirante, caractérisée par de la loquacité, de l'irascibilité, de l'insomnie, des impulsions violentes, des propos incohérents, des actes désordonnés, de longues marches inconscientes. Le 7 novembre 1875, il est de nouveau rétabli pour une année au bout de laquelle son attaque de manie reparaît présentant invariablement les mêmes caractères.

En effet le 20 octobre 1876, des propos sans suite, des gestes insensés, une tenue excentrique, des actes violents, de l'insomnie exigent son placement. Cet accès disparaît un peu plus rapidement que le précédent ; le malade sort par guérison le 19 novembre. Cette fois par exception il retombe presque aus-

sitôt. Le 24 novembre il se précipite tout à coup sans motifs sur son père, se disposant à le mordre ; on constate toujours la même loquacité intarissable, ses impulsions dangereuses, son regard est menaçant, il parle de Gambetta... La durée habituelle de l'accès qui est ordinairement de trois mois, se trouve cette fois un peu augmentée ; il n'est renvoyé que le 3 mai 1877. Quinze mois après (13 mars 1879) nouvelle attaque de manie aiguë avec incohérence, égarement complet, hallucination, impulsions, mouvements désordonnés, troubles de la sensibilité générale ; il entend la voix intérieure de sa conscience, répond à des interlocuteurs imaginaires. Il a été arrêté à la suite d'une scène avec une marchande de bouquets qu'il ne voulait pas payer. Il sort par guérison le 12 juin de la même année, et reste jusqu'au 6 novembre 1883, dans une période d'intermission complète, à cette dernière date répétition exacte des accès précédents à la suite d'une violente discussion avec sa mère.

Depuis cette époque H... n'a plus quitté l'asile ; les périodes maniaques sont plus courtes mais plus rapprochées ; elles paraissent tous les trois mois, avec une durée moyenne de trois semaines. La lucidité parfaite des intervalles, et l'explosion à peu près subite du délire sont les particularités intéressantes à rapporter. Les antécédents personnels du malade ne présentent rien à signaler. Il est d'une intelligence développée, n'a jamais eu de maladie physique grave, ne s'est jamais livré à des excès de boisson . Il a 2 sœurs aliénées qui présentent la même forme de délire, son père est bien portant.

Observation X (personnelle).

Manie intermittente.

La nommée Horn... Louise, 38 ans, sans profession.

Antécédents. — Éducation et développement des facultés médiocres ; elle sait lire et écrire. Elle faisait bien son ménage.

Caractère : doux. Pas d'idées religieuses poussées à l'excès.

Tempérament : excellent. Pas de maladie antérieure.

Menstruation : elle a toujours été et elle est encore bien réglée.

Grossesses, accouchements. Elle s'est mariée en 1871. Elle a eu 5 enfants. Elle en a perdu quatre; un de convulsions à 3 mois et deux sont venus mort-nés avant terme.

Hérédité: le père de la malade ne faisait pas d'excès de boisson: il s'est suicidé. Elle a un frère en bonne santé.

Causes morales. Elle aurait toujours été affectée de voir son seul enfant paralysé d'une jambe.

Histoire de la maladie. L'affection a débuté il y a deux ans; la malade est devenue triste, d'un caractère difficile, impossible à contenter ; puis une nuit, dans le courant d'octobre, elle s'est levée tout égarée, parlant beaucoup, injuriant ceux qui l'approchaient. Le médecin appelé lui a donné quelques calmants. Ce premier accès n'a duré que 4 ou 5 jours. Elle s'est complètement remise. De nouveau elle a été prise d'un accès au mois d'avril 1886, elle a été conduite dans la maison de M. Fabret où elle est restée jusqu'au 20 juin.

Elle est rentrée chez elle absolument guérie. Elle n'a été reprise que le 6 novembre 1887. L'accès a duré 3 semaines. Elle était loquace, exubérante, chantait toute la nuit, tenait des propos incohérents, mangeait du savon, crachait dans ses aliments, etc...

Elle est restée calme jusqu'au 15 janvier 1888, époque du début du dernier accès, celui-là plus violent que les autres. Elle a été prise d'impulsions violentes, se précipitant sur son père avec un couteau, jetant de l'eau bouillante à la figure de sa sœur, et dans un état d'agitation indescriptible. Au bout de 15 jours, il a été impossible de la conserver chez elle. Elle est toujours excitée, violente, incohérente dans son langage. Elle injurie ceux qui lui parlent, est très hallucinée, voit et entend des personnes qui

n'existent pas, crie, chante, brise des carreaux, on est obligé de lui conserver la camisole.

Les derniers intervalles de calme ont été caractérisés par une lucidité absolue. La malade était complétement revenue à ses habitudes et à son état normal.

Observation XI (personnelle).

Folie circulaire. Intervalles lucides incomplets.

La demoiselle P.... âgée de 40 ans, entre à l'asile Sainte-Anne le 18 juin 1869, avec un délire maniaque intense et presque furieux. Elle est incohérente, dans un état d'agitation continuelle, pousse des cris, se précipite sur les personnes qui l'entourent. Cet état dure un mois, et la malade sort rétablie le 19 juillet, elle ne reste pas longtemps en liberté; elle est ramenée le 7 août de la même année dans un état d'excitation semblable au précédent, elle crie, gesticule, tient des propos sans suite et menace de frapper. Elle est remise en liberté le 24 décembre 1869 et entre dans une période lucide qui dure deux ans. Le 26 juillet 1871, de nouvelles extravagances et des actes violents la ramènent à Sainte-Anne, cette fois la malade est dominée par des idées mélancoliques; elle se livre à des voies de fait sur ses camarades; elle veut se donner la mort. Son état s'améliore et sa sortie lui est accordée au commencement de novembre. Elle ne reparaît plus à l'asile Sainte-Anne que le 10 décembre 1879 mais elle a dans l'intervalle été traitée deux fois à la Salpêtrière, la première fois (août novembre 1874) avec le diagnostic d'excitation maniaque, la seconde (mars juin 1876) avec celui de délire mélancolique. Ramenée en 1879 dans le service de M. Bouchereau, elle y est l'objet d'une observation attentive. Elle ne présente aucun antécédent héréditaire ; elle a toujours été bien réglée. Peu de temps après sa sortie de la Salpêtrière, elle a eu une attaque de

rhumatisme articulaire. Jusque-là sa santé physique avait toujours été excellente. Elle entre à l'asile pour un violent accès de manie, avec cris, chants, vociférations, insomnie, loquacité, etc. Elle est sujette à des palpitations de cœur, on observe un bruit de souffle au 1e temps. Le 24 décembre, elle commence à devenir plus tranquille, les bourdonnements d'oreille ont disparu elle est plus douce quoique encore un peu incohérente. 31 janvier: moins de palpitations, le cœur est plus régulier; 11 février: les bruits du cœur sont normaux et au point de vue mental, il y a une grande amélioration.

10 mars. — Elle est parfaitement tranquille, s'occupe au repassage. Le 14 avril, le lendemain d'une soirée donnée par les malades et où elle a chanté, elle s'excite légèrement ; le 20 avril, elle éprouve une violente douleur dans l'ovaire gauche ; elle a ses règles. Le 22, elle est sombre, inquiète, la stupeur commence ; ordinairement elle s'agite après, puis reste trois ou quatre mois sans paraître délirer; actuellement, elle est triste, pleure constamment, dit qu'elle est la cause de la mort de son oncle. Cette dépression mélancolique se prolonge jusqu'au 15 mai ; tout à coup à la visite du matin, elle se montre loquace ; elle frappe, pousse des cris, et prononce un verbiage incohérent. 2 juin : moins agitée; 5 juin: beaucoup plus calme ; quelques rares moments d'excitation; 12 juin, elle est très tranquille, elle travaille ; mais elle n'a pas gardé le moindre souvenir de ce qui s'est passé ; 30 juin: la période de calme continue. 20 juillet : elle devient triste, reste sans mouvement, n'a aucune initiative; il faut l'habiller et la faire manger. 30 juillet : même état. 2 août : agitation extrême, cris ininterrompus, elle casse les becs de gaz; 15 août : toujours très violente; 25 août : aucun changement ; premier septembre : la tranquillité reparaît avec les règles. 15 septembre: persistance de l'amélioration qui continue jusqu'au 19 janvier 1880.

Elle retombe à ce moment dans une dépression profonde, elle

craint de mourir, veut se confesser ; elle a quelques vagues douleurs articulaires; elle refuse la nourriture ; elle reste dans cet état jusqu'au 24 février ; 26 février : elle se remet à travailler; 2 mars : l'excitation recommence ; elle frappe ses camarades avec son balai, est incohérente, loquace. Le 2 mai, elle est calme. Depression mélancolique le 16 septembre 1880; le 2 novembre, calme qui dure huit jours; le 10, accès maniaque violent, le 12 janvier 1881, cessation de l'accès. Période de tranquillité jusqu'au 22 avril ; à cette date, elle tombe dans un état de complète stupeur ; le 19 mai, l'agitation reparaît et dure jusqu'au 11 juillet. Du 12 octobre au 3 novembre, elle est reprise de son état mélancolique auquel succède un accès maniaque qui ne se termine que le 3 janvier 1882.

22 avril 10 mai : état de dépression.

10 mai 3 juin : rémission.

7 au 27 juin : violente agitation, 20 juillet : elle se remet au travail, souvenir vague de son agitation.

12 juillet 22 septembre 1882 : calme, travaille. Un peu enfantine dans ses réponses.

10 octobre 3 décembre 1882 : dépression mélancolique.

12 mars 5 mai : vive agitation, violences, mise aux cellules.

26 mai 6 juin : calme, mais le délire n'a pas tout à fait cessé. Elle ne fait son travail que d'une façon automatique

17 juin 20 septembre : agitation prolongée mais d'une moindre intensité qu'à l'ordinaire.

7 novembre 1883, 21 mars 1884: calme.

21 mars 1884 : vive émotion en apprenant la mort de sa sœur. Découragement, désespoir, tendance au suicide.

2 avril 15 avril : agitation, violences, cris, verbiage incohérent.

15 avril 9 mai : tranquille, travaille.

24 mai 2 juin : prostration, attitude anxieuse.

7 juin 19 août : excitation, monologues incohérents ; violence, grossièreté vis-à-vis des malades.

« On a vendu 3 millions sa tête pour servir de girouette. »

20 août 20 novembre : période de calme.

20 novembre 10 décembre : dépression mélancolique.

12 décembre 1884, 25 janvier 1885 : agitation.

1er février 20 avril: calme.

25 avril 16 mai : inquiète, tourmentée, elle n'a plus vu ses règles depuis quatre mois, idées hypochondriaques, morosité.

2 juin: réapparition de ses règles; elle reprend son travail.

15 septembre au 20 novembre : période de grande excitation.

7 janvier 1886 : tristesse, désespoir; 20 février :disposition à la violence ; 1er mars: mise en cellule.

30 mars : retourne à son quartier, calme.

1er 19 mai : dépression ; 19 mai 3 juillet : excitation.

15 juillet 20 octobre :calme; 5 octobre 6 novembre : prostration suivie aussitôt d'agitation (6 novembre 2 janvier,) janvier à mai 1886: elle est calme et s'occupe pendant le jour.

Le 11 mai 1886, après une période de dépression plus courte que d'habitude elle est prise d'un violent accès : elle se déshabille et reste nue dans sa cellule, calme le 25 mai, elle est bien jusqu'au 2 septembre; elle tombe à ce moment dans un état d'hébétude plutôt que de prostration et le 22 octobre apparaît de nouveau la période d'excitation; elle revient à son état normal le 3 décembre. Nouvel accès complet (dépression suivie d'excitation) du 14 février au 20 mars 1887, du 5 mai au 27 juillet, du 5 août au 9 novembre, du 2 janvier au 3 mars.

La malade est actuellement dans une période de calme. Les accès complets reviennent donc 4 à 5 fois par an, et sont séparés par des intervalles où on observe seulement une lucidité apparente.

Observation XII

(Due à l'obligeance de M. Bouchereau.)
Folie circulaire. Intervalles lucides incomplets.

La nommée L...., âgée de 59 ans, entre à l'asile Sainte-Anne le 12 octobre 1879, avec le diagnostic d'excitation maniaque. Elle crie, chante, rit et pleure sans motifs. Elle ne sait point ce qu'elle fait, et tient des propos incohérents. Avant son entrée, cette malade était chez elle dans un état de prostration complète ; elle se plaignait constamment, parlait de gaz et de charbon magique qui la suffoquait, etc. Le 2 janvier 1880, son accès est calmé et la malade reprend sa liberté. Elle reste en rémission jusqu'au 13 avril 1882.

Elle est de nouveau placée à cette époque pour les mêmes accidents. Après avoir été triste pendant un mois, elle s'est mise à chanter, à vociférer, à briser ses meubles, à menacer les personnes qui l'entouraient. A l'asile, l'excitation ne fait qu'augmenter de jour en jour. Elle excite les malades, à qui elle veut commander et imposer ses volontés, émanées de Dieu. Après six semaines d'agitation (2 juin), le calme reparaît ; la malade tombe bientôt dans la mélancolie. Elle désespère, n'est plus bonne à rien, se dit perdue. Cet état de stupeur se prolonge deux mois (jusqu'au 7 août) : puis tout à coup elle devient excitée, loquace, incohérente ; elle répète qu'elle n'est pas malade, que si elle l'était, elle se ferait soigner par le docteur des docteurs, par Dieu lui-même ; elle gesticule constamment. Son agitation s'affaisse peu à peu, et le 3 octobre elle redevient tranquille et demande à s'occuper.

Pendant l'année 1883, elle a eu deux accès complets, mais sans intervalles lucides entre le stade mélancolique et le stade maniaque, l'un du 2 février au 7 avril, l'autre du 12 août au 15

novembre. Ils ont présenté les mêmes caractères que les précédents. Le dernier est suivi d'une rémission qui dure jusqu'au 14 avril 1884. A cette époque, la malade, devenue sombre tombe dans un état qui est presque de la stupeur. Le 29 juin, l'agitation éclate subitement ; elle dit elle-même : « Je ne suis plus mélancolique, je suis contente, » et elle devient loquace, crie, chante, s'agite, frappe ses camarades. Le 3 août, elle recouvre la tranquillité et rentre dans son quartier.

Le 23 décembre 1884, elle est de nouveau dérangée, elle est emphysémateuse et répète qu'elle ne veut plus manger, qu'elle se laissera mourir ; elle reste immobile et dans un abattement complet ; 13 février : excitation, mise aux cellules. Elle a cassé les carreaux du quartier. Du 18 au 22, injections de morphine qui ne produisent aucun effet ; elle est un peu plus calme le matin, mais crie toute la nuit, elle est expansive, généreuse ; veut payer des dîners mais elle doit commander à tout le monde et elle exigera qu'on obéisse, etc.

3 mars : même agitation ; idées ambitieuses incohérentes, parle de sa voiture, de ses chevaux.

22 mars : même état, elle va se marier prochainement avec un grand ingénieur, elle invite tout le service au repas de noce.

6 avril : plus tranquille.

12 avril : très calme, elle revient dans son quartier.

17 octobre 85 : dépression mélancolique. Elle dit qu'elle est bien malheureuse, que des gaz lui gonflent l'estomac, qu'on l'accuse de vol, qu'elle va être transférée. Elle pleure, gémit, etc.

3 avril 1886 : phase d'excitation elle est turbulente, chante, gesticule, frappe aux carreaux pour attirer l'attention, a des idées mystiques.

5 mai : même agitation ; 7 juillet : état physique de nouveau satisfaisant, elle est autorisée à aller passer quelques jours chez ses enfants.

29 septembre: période de tristesse, idées de suicide, demande du poison pour en finir avec la vie ; attitude mélancolique.

4 janvier 1887 : accès maniaque, loquacité intarissable, insomnie, cris, gestes continuels. Elle demande si on est content d'elle, fait des protestations d'amitié, etc.

28 mars : elle est très calme, demande à aller à l'atelier de couture. 11 avril : dépression mélancolique : on est obligé d'insister beaucoup pour la faire manger ; elle est inquiète, pleure, demande ses enfants pour la consoler.

Le 9 juin, la dépression fait place à l'excitation qui dure jusqu'au 3 septembre, après l'agitation la malade reste dans un état satisfaisant jusqu'au 12 mars et elle est en ce moment dans sa période mélancolique.

Elle a eu 4 enfants, 2 filles et deux garçons; un garçon est mort d'accident. Lors de sa 2e couche, elle aurait eu un accès d'agitation de courte durée. Elle a toujours été bien réglée, n'a jamais fait de maladie physique grave et ne présente aucun antécédent héréditaire.

Elle n'a d'intervalle lucide qu'après l'accès complet (mélancolie, manie) ; pendant cet intervalle, elle conserve une certaine puérilité et un peu d'incohérence, elle est calme, mais la lucidité n'est pas complète.

Observation XIII (personnelle).

Folie circulaire. Intervalles lucides incomplets.

La nommée M..., 30 ans, fleuriste, entre le 13 août 1880, avec le certificat de délire mélancolique, idées de persécution, frayeurs, tentatives de précipitation par la fenêtre. Accidents hystériques. Elle est mariée, s'est toujours bien portée, n'a eu qu'un enfant, est réglée régulièrement. Son père, mort de pneumonie, faisait des excès de boissons ; sa mère est bien portant : elle a un frère qui se livre à des excès alcooliques.

Elle est très triste, ne répond rien ; il faut l'habiller et la faire manger ; elle laisse échapper ses matières. 20 août : attitude de stupeur mélancolique. 25 août : elle est très faible, la langue rouge, le faciès fatigué, le pouls est petit, dépressible, un peu fréquent (104). Elle a quelques râles sous-crépitants à droite. 29 août : elle commence à se nourrir elle-même. 1er juillet : elle a repris, l'appétit est bon, le pouls est de 72. Elle s'occupe au quartier et est raisonnable.

2 septembre : délire maniaque, loquacité, incohérence, désordre des actes et des idées, elle se lève la nuit, voit du feu, de l'eau. Elle mange abondamment. 6 septembre : prostration, constipation, langue sale, fièvre. 13 septembre : la stupeur persiste. 1er novembre : même attitude triste. 25 novembre : améliorée ; elle parle, coud, prononce quelques mots, reçoit sa famille avec plaisir. Elle mange seule.

11 décembre : agitation soudaine au milieu de la nuit ; elle a chanté, crié ; maintenant elle est incohérente, se roule à terre, parle de diamants, de la République... etc. 12 janvier 1881 : plus calme. 16 mars : mélancolie, tristesse ; elle gâte, n'a aucun soin de sa personne, elle est sans initiative ; il faut l'habiller ; elle a le faciès stupide, se plaint qu'on la pique. 20 avril : améliorée. 9 mai : délire maniaque qui dure jusqu'au 7 juillet. Période de calme jusqu'au 7 octobre.

A cette époque, dépression mélancolique ; 8 novembre : la phase d'excitation reparaît. Tranquille le 11 décembre. Le 3 mai 1882, période de mélancolie ; absence complète d'initiative ; le 25 mai, phase d'excitation d'une moindre durée que les précédentes ; calme au bout de 15 jours, son état de rémission persiste jusqu'au 27 novembre. Alors apparaît une période mélancolique suivie le 3 janvier 1883 d'un violent accès maniaque. De nouveau déprimée le 14 juin 1883, reste en semi-stupeur jusqu'en août, puis redevient maniaque, l'agitation ne se calme que le 20 octobre

Elle retrouve sa tranquillité jusqu'au 14 avril 1884, à ce moment elle devient triste, est vivement inquiétée par une éruption cutanée avec teinte cuivrée ayant beaucoup de ressemblance avec les syphilides; il y a eu désquamation au bout de huit à dix jours. En juin et juillet accès d'agitation qui nécessite sa mise aux cellules. A partir du mois d'août, période de calme prolongée jusqu'au 15 mars 1884, à ce moment, attaque d'hystérie convulsive qui semble coïncider avec une poussée spécifique. Douleurs de tête, langue fendillée comme dans le psoriasis syphilitique. En 1886 et 1887, la malade a eu deux accès complets, débutant par une période mélancolique à laquelle succédait aussitôt l'excitation maniaque ; dans son agitation, elle se livre à la masturbation. Dans les intervalles de calme, elle ne jouit pas d'une parfaite lucidité. Elle a une attitude enfantine, et ne conserve aucun souvenir de ce qu'elle éprouve pendant ses accès.

Observation XIV (personnelle).

Mélancolie intermittente. Intervalles lucides complets.

La nommée J.., née en 1850, à Marseille, entre pour la cinquième fois à l'asile Saint-Anne, ses antécédents héréditaires sont les suivants : son père était d'un tempérament mélancolique, mais n'a jamais été séquestré, il est mort il y a dix ans, sa mère est d'une bonne santé. Elle a toujours été bien réglée, n'a jamais eu de maladie physique grave. Elle a eu deux enfants : une fille de 7 ans 1/2, très nerveuse et impressionnable et un garçon de 5 ans 1/2 qui est bien portant.

Elle a déjà eu plusieurs accès de délire mélancolique avec agitation caractérisée par un profond découragement, un grand désespoir, des idées de persécution et de culpabilité imaginaire,

elle se disait tourmentée, malheureuse, et elle se frappait la tête de coups de poing répétant que ses tourments ne pourraient durer, qu'il fallait qu'ils aient une fin. Les quatre accès précédents se sont reproduits avec les mêmes caractères. Voici les dates correspondant à chaque accès.

1er accès	Entrée........	2 mai 1882.
	Sortie.........	9 juin 1882.
2e accès	Entrée.........	3 juillet 1882.
	Sortie.........	31 août 1882.
3e accès	Entrée........	22 juillet 1884.
	Sortie.........	31 août 1884.
4e accès	Entrée........	10 décembre.
	Sortie.........	8 février 1885.

Le cinquième accès s'est déclaré en novembre 1887 et la malade a été amenée le 5 décembre 1887 à Saint-Anne. Depuis sa mise en liberté, elle était bien, s'occupait du commerce de son mari, ne commettait pas d'erreur, jouissait d'une bonne mémoire, et avait une excellente tenue. Elle était très affectueuse pour ses enfants et toute sa famille.

Elle aeu quelques irrégularités dans ses règles une huitaine de jours avant de tomber malade, elle a été prise d'une activité désordonnée, voulant tout changer, tout transformer chez elle. Elle se présente avec un délire mélancolique très accusé ; elle est hallucinée, tourmentée par des idées de persécution ; elle dit qu'on menace de la tuer, qu'elle appartient à une famille de misérables, qu'on l'accuse de vouloir le malheur des autres. Elle est triste, désespérée. Elle croit qu'elle a fait du mal, qu'elle est coupable envers sa famille et ses enfants. Ses idées sont très confuses. Elle craint qu'on ne veuille la perdre. 11 décembre 1887 : elle a crié toute la nuit ; à la visite, elle est triste, se frappe la tête contre les murs, marmotte d'un ton très bas des mots inco-

hérents. 25 décembre : la malade est absorbée ; présente une grande confusion dans les idées, et un certain degré d'obtusion intellectuelle, 8 janvier 1888 : son état s'est peu modifié, elle cause la nuit, garde toujours une attitude inquiète, répond qu'elle songe à 1848..... Etat actuel : la malade est moins absorbée ; elle est améliorée, elle est assez calme ; mais elle conserve de l'hébétude et manque complétement d'initiative.

D'après les renseignements du mari, les intervalles se sont caractérisés chez elle par une lucidité absolue. Elle s'occupait des soins du ménage et de son commerce avec la même intelligence qu'avant sa maladie.

ETIOLOGIE.

Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que la prédisposition héréditaire doit-être invoquée, comme cause importante dans le développement des folies intermittentes. L'existence de l'intermittence une fois bien établie, on peut en conclure d'une façon presque certaine que chez le malade l'aliénation mentale est due au développement d'un genre héréditaire ou congénital. Telle est l'opinion de Morel qui est aussi soutenue par Kraft, Ebing et l'école Allemande. Ce dernier auteur classe en effet les intermittents dans la catégorie des aliénés héréditaires chez lesquels la vésanie, ne se manifestant point pendant un certain temps par des anomalies physiques ou intellectuelles, la prédisposition héréditaire est restée latente jusqu'à l'explosion de la folie. Il fait remarquer à l'appui de son opinion la fréquence de cette variété d'affection mentale chez les débiles qui présentent souvent un facteur héréditaire dans leurs antécédents.

Caractères des folies intermittentes.

La nature de l'affection étant connue, est-il possible de pressentir une folie intermittente et de la reconnaître d'une rechute ordinaire ?

On a donné à cet égard certains signes qu'il importe de signaler. Les folies qui doivent être intermittentes se dis-

tingueraient par leur invasion subite, leur marche d'une continuité plus uniforme, moins paroxysmatique pendant l'accès, leur plus rapide guérison et surtout le mode par lequel celle-ci se produit, c'est-à-dire par des nuances insensibles, la maladie pouvant en effet par degrés descendre en peu de jours de son maximum d'intensité à la cessation complète des accidents.

Ces caractères doivent être pris en sérieuse considération, car il n'est pas en pathologie mentale de genre de folie dont les accès se reproduisent avec une similitude et une exactitude aussi rigoureuses. Lorsque, le calme disparaissant, les troubles intellectuels commencent à se montrer, nous voyons se reproduire les mêmes traits, les mêmes actes extravagants, les mêmes bizarreries d'accoutrement, le même mode d'invasion, la même terminaison, en un mot la même marche de l'accès, la ressemblance existe jusque dans les détails, les idées et les sentiments.

MARCHE ET DIAGNOSTIC

La maladie offre par elle-même, si on en ignore l'histoire, peu d'éléments de diagnostic, car on se croit en présence d'un accès de manie, de mélancolie ou de mégalomanie. Ce n'est qu'après avoir suivi et observé un certain temps l'aliéné, constaté l'intermittence et l'intervalle lucide que l'affirmative est possible.

Dans l'accès maniaque intermittent, les idées de grandeur n'étant pas rares, et le tumulte des idées pouvant même amener de l'hésitation de la parole, la confusion avec la forme expansive du début de la paralysie générale pourrait avoir lieu. La période d'abattement avec apathie sans délire spécial, par laquelle commence souvent l'accès mélancolique, se voit aussi parfois au début de la méningo-encéphalite. Le diagnostic ne peut donc être basé que sur la connaissance parfaite des antécédents morbides et la constatation de phénomènes qui caractérisent l'intermittence.

L'affection est habituellement d'une très grande durée. Les accès sont plus longs à mesure que le malade avance en âge ; ils sont presque toujours dans la manie précédés par un court stade de dépression ; ils arrivent le plus souvent par gradation dans la mélancolie.

PRONOSTIC

La maladie pour la plupart des auteurs, est peu susceptible de guérison, l'intermittence par la reproduction des accès, impliquant un pronostic grave et presque l'incurabilité, elle peut se terminer par la démence qui, lorsqu'elle arrive, ne se produit qu'après un très grand nombre d'années ; ce mode de terminaison nous paraît moins fréquent qu'on ne l'admet généralement. Dans ces alternatives de raison et de folie, dans ces pertes d'équilibre, les facultés ne s'usent pas toujours très vite, et peuvent en dehors des accès, garder pendant longtemps leur intégrité. Cette remarque s'applique surtout à la mémoire, qui parfois se conserve avec une netteté surprenante. D'autres fois la terminaison est différente et l'état d'aliénation mentale persiste, prenant une forme chronique. Enfin dans quelques cas la maladie s'arrête après un accès, et la guérison survient. Nous en avons signalé un exemple dans une de nos observations (Observation II). L'intermittence ne donne pas un caractère absolu de gravité et tout en envisageant le pronostic comme assez peu favorable, on ne doit pas considérer la raison comme perdue d'une façon irrémédiable.

TRAITEMENT

Le traitement se confond avec celui de la variété d'affection mentale en présence de laquelle on se trouve ; on a recommandé l'emploi de l'arsenic, on a préconisé les antipériodiques, mais on en a rarement obtenu des résultats efficaces. Legrand du Saulle rapporte un cas de guérison survenue après huit saignées pratiquées chacune au milieu de l'intervalle des époques menstruelles.

L'accès maniaque sera donc traité comme un accès ordinaire. L'isolement, la soustraction du malade à son entourage seront les premières mesures à prendre. Les calmants n'amènent pas toujours une grande amélioration. Les bromures alcalins et le chloral sont plus particulièrement indiqués. L'usage des bains tièdes prolongés pendant plusieurs heures est un moyen actif de traitement et produit une sédation rapide.

Les purgatifs, les affusions froides, les bains, les bromures alcalins à la dose de 6 à 8 gr., l'extrait d'opium à la dose de 0,05 à 0,10 cent. ont été employés avec succès dans la période mélancolique. Il faut également, comme le recommande M. le professeur Ball, ne pas négliger de tonifier et de distraire le malade par tous les moyens. Le traitement ne diffère point de celui de l'accès mélancolique tel qu'il se présente ordinairement à l'observation clinique.

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES

Dans plusieurs variétés d'affections mentales, les malades peuvent jouir d'une part variable d'intelligence et de liberté ; leurs facultés peuvent être assez intactes vis-à-vis de certains objets, ainsi que nous le prouve le délire circonscrit dans lequel l'intelligence est libre tant qu'on ne la dirige pas sur le point où elle est frappée ; et où la raison fait alors complètement défaut ; sous les autres rapports, l'intelligence peut ne pas être lésée, ne point présenter d'altération évidente et laisser subsister une certaine partie des facultés de l'entendement ; mais l'intégrité de ceux qui raisonnent bien en dehors d'un point spécial ne saurait au point de vue médico-légal, avoir la valeur de l'intervalle lucide et place souvent dans une situation très difficile l'expert chargé d'apprécier le degré de responsabilité ou de capacité ; les caractères sont en effet bien moins tranchés que dans les rémissions où ils sont trop saisissables pour ne pas amener l'irresponsabilité, et que dans l'intervalle lucide, généralement assez net pour admettre la capacité en matière civile et une légère atténuation en matière criminelle : celui-ci a pour effet de réhabiliter véritablement l'aliéné dans ses attributs intellectuels, de lui rendre ses dispositions antérieures, sa physionomie d'autrefois, les

sentiments affectueux sont revenus; oubliant les aversions conçues dans son délire, le malade est heureux de témoigner à ses amis de la sympathie et de revoir sa famille ; il ne néglige pas ses affaires, s'occupe activement de ses intérêts; c'est le rétablissement temporaire de la raison, la cessation de l'aliénation, l'intégrité mentale pour un temps donné; mais cette raison est altérable, et si, à certains moments, elle vient à perdre son empire, la volonté par cela même affaiblie pourra-t-elle résister aux actes qu'elle déterminera ? En matière civile et criminelle, les uns professent que la maladie existe toujours et qu'il y a irresponsabilité, d'autres que la manie et la mélancolie présentent des intervalles ne permettant pas de mettre en doute la plénitude du libre arbitre. Ces derniers considérent l'intermittence d'une certaine durée comme une guérison passagère et n'accordent à la folie que le titre de circonstance légèrement atténuante. Hencke soutient cette opinion en ce qui concerne la manie. Selon lui, tandis que l'individu peut au cours des accès, commettre les actes les plus illégaux, il doit être, dans les intervalles, regardé comme vraiment lucide, et il cite l'exemple d'une femme parfaitement raisonnable pendant ces derniers, mais ayant à chaque menstrue un accès d'agitation au cours duquel elle se livrait à des scènes de scandale dans la rue, proférant des injures, et insultant tout le monde.

Au point de vue criminel, la loi établit, qu'il n'y a ni crime, ni délit, si au moment de l'action l'individu est en état de démence. Marc et certains jurisconsultes se rapprochent, dans leurs diverses interprétations, du sens pré-

cis de la loi ; ils estiment qu'on doit le plus souvent incliner vers l'irresponsabilité, et objectent à leurs adversaires qu'il est à peu près impossible de prouver qu'au moment de l'acte, une incertitude, une hallucination, une impulsion, n'est pas venue troubler la lucidité ; dans cette hypothèse, l'intelligence reprendrait rarement sa clarté et les actes délictueux commis pendant les intervalles lucides ne seraient presque jamais déterminés par une conscience indépendante, mais dus presque dans tous les cas à une propension maladive. Ces individus ne doivent donc pas être considérés comme jouissant de leur libre arbitre et en conséquence bénéficier de l'immunité attachée à ceux qui manquent de discernement. Fodéré, Marcé, Georget ne se montrent pas partisans de cette théorie ; même, dans les intervalles lucides, l'aliéné, doit, à leur avis, être frappé avec moins de sévérité mais le regarder comme non imputable serait pousser trop loin loin l'impunité. D'une façon générale, M. Legrand du Saulle ne conseille pas de faire valoir l'immunité, et recommande d'examiner avec le plus grand soin s'il n'y a pas calcul intéressé, détermination volontaire, et préméditation.

Le premier renseignement dont il faut s'entourer, pour porter une juste appréciation est de savoir le moment précis où a commencé et fini l'intervalle lucide et de s'informer si le fait a eu lieu à une époque rapprochée ou lointaine du délire. Il est certain que si les accès sont courts et rares, que si les intervalles lucides sont périodiques et que l'acte ait été commis à une date éloignée de l'invasion habituelle de l'accès, ce seront autant de fortes présomptions pour supposer l'intégrité mentale de l'in-

culpé. On doit en second lieu, chercher à savoir s'il n'y a pas de rapport avec le délire passé. Si ce dernier a été caractérisé par de l'exaltation maniaque par une idée dominante et si nous constatons dans l'acte délictueux ce même caractère, si nous y retrouvons une circonstance se rattachant a cette idée dominante, il serait légitime de croire qu'il y a eu récidive. En un mot, il faut rapprocher l'acte imputé des conceptions délirantes de l'accès précédent. Supposons que le malade ait tué ou brûlé, il sera nécessaire de s'enquérir, s'il avait des instincts incendiaires ou homicides, si l'acte a été inspiré par des hallucinations ou des illusions déjà remarquées dans les accès antérieurs ; s'il est en rapport avec cette variété de perturbation, si l'aliéné entendait des voix lui ordonnant de tuer ou d'incendier, la privation de liberté morale, dans de telles conditions est à peu près certaine et engagera l'expert à opiner en faveur de l'irresponsabilité. On ne négligera pas de connaître si les causes qui ont déterminé les accès précédents ne se sont pas reproduites avant l'acte et si entre les motifs et la gravité de ce dernier on peut établir une certaine corrélation. Une enquête minutieuse qui sur ces différents points aboutirait à une solution négative et ne permettrait de découvrir aucun rapport avec le délire passé, laisserait présumer que l'action est le résultat non point de troubles intellectuels, mais bien de l'immoralité.

M. Legrand du Saulle a rangé dans trois catégories les actes criminels commis pendant les intermittences, si le fait s'est passé dans des circonstances où il ne peut exister aucun doute sur la plénitude des facultés, on doit faire

valoir l'influence exercée par les accès antérieurs et demander l'atténuation de la responsabilité. Dans le second cas' si, malgré une apparence de lucidité, la lésion de l'entendement entraîne l'irresponsabilité, le rapport devra dans un exposé minutieux énumérer tous les motifs qui l'établissent, enfin, s'il survient, avec une attitude bizarre, après l'accomplissement de l'acte, une explosion délirante, il faut au point de vue de la simulation, redoubler de vigilance, et dans le doute conclure que le malade soit soumis à une observation rigoureuse dans un asile d'aliénés.

En matière civile, la loi établit que l'interdiction doit être prononcée contre l'individu qui présente un état habituel de folie. Se basant sur la difficulté qu'il y a de savoir si au moment même de l'accomplissement de l'acte, le malade était privé de raison ou s'il était dans un intervalle lucide, les jurisconsultes estiment que l'intermittence ne saurait faire exception à la règle, et comme l'acte fait en temps d'interdiction et par là même d'incapacité n'est point valable, sa nullité pour les contractants en est la conséquence. Cette question peut cependant prêter matière à discussion pour les intermittences à longues périodes, et, lorsque dans ces cas, l'intervalle lucide est franc et de longue durée, il semble juste que l'individu jouisse de la capacité civile ; s'il est incertain et mal caractérisé, il sera prudent de donner un conseil judiciaire.

Nous ne nous étendrons pas longuement sur la question des donations et testaments qui appartiennent plus spécialement au domaine juridique. La loi établit que

pour tester il faut être sain d'esprit, c'est-à-dire posséder toute la clairvoyance et la liberté morale que l'on est en droit d'exiger pour l'accomplissement d'un acte aussi important. Les avis, à cet égard, sont partagés ; le testament, disent les uns, peut résulter de saillies passagères, et alors même qu'il contient de sages dispositions et ne renferme rien qui puisse faire supposer un trouble des fonctions psychiques, on n'est pas en droit de conclure qu'il se rapporte à un intervalle lucide. Cette opinion n'est pas professée par le plus grand nombre, et lorsque cet intervalle est parfait et assez prolongé pour pouvoir juger de la vérité, le malade serait-il plusieurs fois depuis retombé dans un état d'aliénation mentale, la validité de l'acte doit être reconnue. L'intermittence longue peut donc conférer la capacité civile. Les tribunaux abondent, du reste, dans ce sens et valident ordinairement, lorsqu'il contient des clauses raisonnables, un acte civil qui a été accompli dans des intervalles non douteux de raison, ayant eu une durée suffisante pour ne laisser à cet égard aucune incertitude. Assurément des dispositions testamentaires bien prises ne sont pas une preuve absolue que la raison était récupérée et ne détruisent pas l'accusation de folie. L'acte reste toujours discutable et susceptible d'être attaqué, même s'il n'y a pas eu d'interdiction préalable ou que celle-ci lui est postérieure. Il faut remarquer, en effet, que dans le cas d'interdiction préalable, l'intermittence durerait-elle depuis longtemps et serait-elle complète, la rigueur des tribunaux est beaucoup plus grande et la validation rarement accordée.

D'une façon générale, lorsqu'un cas semblable se pré-

sente en matière civile ou criminelle, on doit donc en premier lieu se demander si l'état mental comporte ou non des intervalles lucides; s'il est susceptible d'en présenter, on examinera avec soin la nature, la marche, la durée, le genre et la variété de folie; on recherchera si les intervalles sont courts, rares, si celui qui est observé actuellement a été éloigné du précédent; on s'attachera à savoir si des complications, telles que des accidents épileptiques, une hérédité très chargée ne viendraient pas s'ajouter comme circonstance aggravante et enfin l'acte lui-même, suivant qu'il est plus ou moins sensé, contraire ou non aux habitudes sociales, aux devoirs de la famille, en corrélation ou non avec le délire passé, plus ou moins proportionné à ses causes, sera l'objet de la plus sérieuse attention.

Vu par le président de la thèse,

BALL

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD

Imprimerie des Écoles, Henri JOUVE, 23, rue Racine, 23. PARIS.

CONCLUSIONS

1° L'intervalle lucide, ou retour temporaire de la raison, constitue l'intermittence lorsqu'il sépare l'un de l'autre deux accès d'aliénation mentale;

2° Le plus souvent irrégulier, rarement périodique, il reparaît presque toujours spontanément, sauf les cas où il se trouve lié à des états physiologiques, la menstruation chez la femme, le retour d'affections cutanées, etc.;

3° La manie et la mélancolie sont susceptibles de laisser pendant les intervalles les facultés absolument intactes, remarque qui ne peut généralement point s'appliquer à la folie circulaire, dont les intervalles ne sont caractérisés que par une très imparfaite lucidité;

4° Par ordre de fréquence, la manie et la mélancolie occupent la première place parmi les maladies mentales qui affectent le type intermittent. Les accès, habituellement courts dans la forme maniaque, sont d'une notable durée dans la forme mélancolique;

5° Si l'invasion subite, la marche d'une continuité plus uniforme, moins paroxysmatique pendant l'accès, la guérison par des nuances insensibles, sont, pour pressentir qu'une folie sera intermittente, des signes d'une réelle valeur, seule toutefois la connaissance des antécédents personnels et de l'histoire de la maladie permettra de poser le diagnostic;

6° C'est, dans le plus grand nombre des cas, par le passage à l'état chronique, dans d'autres par la démence, et dans quelques-uns par la guérison, que se produit la terminaison de la maladie;

7° La prédisposition héréditaire peut être invoquée comme cause importante dans le développement des folies intermittentes;

8° Dans les intervalles lucides de la manie et de la mélancolie, où les malades, conscients de leur affection, n'en ont plus aucun symptôme et se rendent compte de leurs actes, la responsabilité, au point de vue pénal, ne devra être que légèrement atténuée, surtout si le fait délictueux a été commis à une époque éloignée de l'invasion habituelle de l'accès;

9° L'acte accompli dans l'intervalle lucide est, au point de vue civil, le plus ordinairement validé lorsqu'il n'y a pas eu interdiction préalable.